Nr. 31. 29. lipca 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. K. BUJNIEWICZ, Kierownik kliniki lekarskiej litewskiego Uniwersytetu w Kaunas, były prof. Uniwersytetu w Moskwie. Kaunas.

Moja teorja wydzielania moczu.

Nerki mają spełniać następujące czynności: 1) usuwać z ustroju wytwory przemiany materji, 2) przez wydzielanie przerobionych ciał, soli i wody regulować w ustroju ciśnienie osmotyczne i utrzymywać stałe stężenie we krwi i tkankach, 3) przez wydzielanie jonów wodorowych — mocz oddziaływa zazwyczaj kwaśno — trzymać w mierze zasadowość krwi. Zmniejszenie tej zasadowości staje się w chorobach nerek poważnym czynnikiem i prowadzić może do obrzęków i zatrucia ustroju.

Co do samej czynności nerek, to przyjmujemy obecnie, że nerka nie jest tylko sączkiem, jak mniemał K. Ludwig, lecz że pracuje jak wszystkie gruczoły wydzielnicze, i swoiste składniki moczu wydziela przy współdziałaniu nabłonków nerkowych i dzięki osmotycznym procesom, które się w niej odbywają. Bowman był tym, który najpierw nazwał wydzielanie moczu procesem czynnym.

W roku 1844 pojawiła się teorja Ludwiga, która sprawę wydzielania nerek sprowadziła do prostego przesączania. Według Ludwiga przesączają się pod wpływem ciśnienia wszystkie składniki moczu do kłębków, a potem zagęszcza się ten filtrat, ponieważ część wody wsiąka przez kanaliki nerkowe.

Teorja ta panowała do roku 1879, w którym Heidenheim poddał ją krytyce, powrócił do dawnych zapatrywań Bowmana i przyjął wydzielanie nabłonka kłębków za najważniejszy akt czynności nerek. Według Heidenheima wydziela się w kłębkach tylko woda i sole, natomiast w kanalikach krętych mocznik i kwas moczowy.

W roku 1897 dokończył Koranyi (z Budapesztu) tę teorję, przypuszczając, że w kanalikach następuje wymiana cząsteczek: wsiąkanie wody i soli do krwi a wydzielanie odpowiedniej ilości mocznika, kwasu moczowego i t. p. Tem tłómaczono sobie pewne zjawiska, jak wielką ilość mocznika a małą ilość soli przy nerce zastoinowej.

Ale w istocie nietylko teorja Ludwiga, ale i teorja Bowmana-Heidenheima-Koranyiego sprzeczne są z klinicznemi obserwacjami i patologją nerek. Jeżeli bowiem kłębki mają wydzielać wodę i sole to w razie uszkodzenia kłębków należałoby oczekiwać zmniejszenia się ilości wody i soli, a niezmniejszonej ilości mocznika, pozatem trzebaby się spodziewać, że przez zatrzymanie wody wytworzą się obrzęki ustroju.

W rzeczywistości wiemy jednak, że po zniszczeniu kłębków jak w procesie zwapnienia, dzieje się wprost przeciwnie: ilość moczu jest znaczna 2—3 litrów — ilość soli jest również wzmożona; natomiast mocznik się zatrzymuje i wytwarzają się t. zw. stany azotemiczne połączone ze śpiączką ale nie z obrzękami. Natomiast widzimy przy głównem uszkodzeniu kanalików w zapaleniach miąższowych nerek (albo przy t. zw. nefrozach), że mocznik wydziela się w dostatecznej ilości, choć należałoby oczekiwać jego zatrzymania; tu zatrzymują się woda i sole i powstają obrzęki.

W klinice zawsze te dwa odrębne typy chorych oglądać można: pierwsi są obrzękli, wydzielający mało moczu zatrzymują chlorki, a wydzielając dosyć azotu bez objawów prawdziwej mocznicy, czasami tylko miewają drgawki, które tłómaczyć można uciskiem na mózg przez obrzęki. Forma ta ma wogóle przebieg szczęśliwszy, pomimo wielkich obrzęków, wielkich ilości białka i czasami występującego bezmoczu. Anatomicznie jest to zazwyczaj miąższowe zapalenie z zajęciem głównie kanalików nerkowych.

Typ drugi, suche zapalenie nerek, bez obrzęków, z obfitem wydzieleniem soli i wody, ale z zatrzymaniem azotu, prawdziwa mocznica wskutek azotemji, która często śmierć powoduje. Anatomicznie mamy tu śródmiąższowe zapalenie, zanik nerki głównie dotyczący kłębków.

I w jednym i w drugim wypadku spotykamy objawy sprzeczne z tem, czego według teorji oczekiwaćby można. Ta sprzeczność teorji ze spostrzeżeniem klinicznem wystarcza do odrzucenia teoryj jako niesłusznych.

Dlatego pragnę opierając się na klinicznych faktach proponować własną moją teorję, która przyjmuje część faktyczną dawnych teoryj, mimoto jednak uważa sprawę wydzielania moczu jako proces zupełnie inaczej przebiegający niż ten, którego wymaga teorja Bowmana-Heidenheima. Moja teorja zgodna jest ze spostrzeżeniami klinicznemi.

Według mego mniemania chlorki i woda wydzielają się w kanalikach, natomiast mocznik, kwas moczowy i t. p. w kłębkach. W kłębkach zachodzi wymiana cząsteczek i odpowiednia część chlorków pochłania się w kłębkach wraz z częścią wody i w ten sposób odbywa się w kłębkach po części i zagęszczenie moczu.

Teorja ta 1) zgadza się — i to jest najważniejsze — z obserwacją kliniczną .

a) Jeżeli aparat kłębkowy jest uszkodzony, wtedy spodziewać się należy zmniejszenia ilości tych składników, które się przez kłębki wydzielają, a zatem mocznika — wskutek tego następuje azotemja i mocznica. Woda zaś i chlorki muszą się wydzielać obficie nawet we wzmożonej ilości, bo kanaliki nie są uszkodzone, a kłębki nie są w stanie chlorków i wody pochłaniać. Wobec tego nie powstają obrzęki, jak to widzimy przy zaniku nerek, gdzie głównie aparat kłębkowy ulega uszkodzeniu.

b) W nerce zastoinowej zaś kłębki chłoną wodę i sól we wzmożonej ilości, a mocznik wydzielany bywa w ilości normalnej raczej zwiększonej; ilość moczu jest mała, mocz obfity w mocznik a posiadający mało chlorków.

c) Jeżeli kanaliki podlegają głównie uszkodzeniu jak w miąższowem zapaleniu — to wedle mojej teorji zgodnie z obserwacją kliniczną kłębki dobrze wydzielają mocznik i dobrze chłoną wodę i sól kuchenną, natomiast uszkodzone kanaliki wydzielają mniej wody i soli. Wskutek tego następuje zatrzymanie wody i chlorków w ustroju, występują obrzęki, moczu wydziela się mało, mało chlorków i dostateczna ilość mocznika.

2) Doświadczenia nad wydzielaniem barwików, nad uszkodzeniem całego wydzielenia kłębuszkowego i kanalikowego doprowadziły do tak sprzecznych tłómaczeń tych wyników, że każda teorja coś użytecznego w nich znaleźć może, że wskażę tylko na doświadczenia Lindemanna który kłębki zaczopował oliwą i doszedł do wniosku, że kanaliki wydzielają wodę, tymczasem Schleger i Hedinger, którzy solami chromu, sublimatem i arszenikiem wywołali kanalikowe zwyrodnienie, dochodzą do wniosku, że kanaliki sól wydzielają. Te same wyniki potwierdzają moją teorję.

3) Pochłanianie powrotne wody i soli, które wedle Koranyiego i Ludwiga w kanalikach się odbywa i które tłumaczyć mają zjawiska spotykane przy nerkach zastoinowych — lepiej te zjawiska tłumaczą jeżeli się przyjmie, w myśl mojej teorji, że wtórne chłonienie w nerkach się odbywa, im wolniejszy jest obieg krwi w nerkach albo im dłużej mocz w nerce pozostaje, tem więcej wody i chlorków pochłoną kłębki, tem więcej mocznika i moczanów wydzielą. Widzimy to przy zastoinie z powodu wady serca, przy obrzęku nerek, gdzie mało moczu się wydziela, a zato obficie mocznik i skąpo chlorków. To samo widzimy przy wysiękach płucnych, przy ascites, przy guzach w otrzewnej i sprawach, które do zwolnienia obiegu w nerkach prowadzą.

Wogóle zgadzają się z moją hipotezą znane zjawiska, że w moczu zachodzi pewien antagonizm pomiędzy wydzielaniem moczanów i soli t. j. że wtedy kiedy moczanów wydziela się dużo, to chlorku wydziela się mało.. Przypuszczenie moje potwierdzają doświadczenia Ludwiga, który po podwiązaniu moczowodów znalazł dużo mocznika a mało chlorków. Tylko że to wsiąkanie odbywa się wedle mego mniemania w myśl mojej teorji nie w kanalikach tylko w kłębkach.

Pochłanianie przez kłębki soli wydzielonej w kanalikach i oddawanie zamiast tego równoznacznej ilości przerobionych cząsteczek, ma sens, bo jest racjonalnem oszczędzaniem sił: ustrój otrzymuje potrzebną mu sól i w myśl praw przenikania bez straty energji jakgdyby darmo wydziela zużyte zbyteczne produkty.

Podobny do tego procesu krążenia soli w nerce jest proces krążenia żółci w przewodzie pokarmowym. Taką samą wymianę cząsteczek widzimy we krwi, pomiędzy ciałkami a surowicą, w otrzewnej i w ścianach jelit.

Wymianę cząsteczek w nerce można sobie w następujący sposób uprzytomnić: odpływ płynu wydzielonego przez kanaliki w kie-

runku kieliszków nerkowych, wstrzymywany jest przez opór jaki wąskie kanaliki Henlego stawiają i dlatego prąd moczu cofa się w kierunku kłębków, dokąd go przyciąga wyższe stężenie płynu w kłębkach i tam też następuje wymiana — zgodnie z prawami osmozy — płynu wydzielonego przez kanaliki z krwią kłębków, zawierającą mocznik, kwas moczowy i t. p.

Dalsze odpływanie wytworzonego w kłębkach moczu, następuje oczywiście głównie przez rytmiczne skurcze i rozkurcze mięśni miedniczek nerkowych lub poszczególnych kieliszków, które ssą, jakby doją mocz. Te skurcze widać czasem bezpośrednio przy operacjach.

Zatem 1) według Ludwiga w kłębkach wydzielają się wszystkie składniki moczu a w kanalikach mocz się zagęszcza.

2) Według Bowmana-Heidenheima w kłębkach wydzielają się woda i chlorki, a w kanalikach reszta składników moczu.

3) Wedle mojej teorji i woda i sole wydzielają się w kanalikach, w kłębkach reszta składników jak mocznik i kwas moczowy przez wymianę z solami i wodą, więc tu w kłębkach mocz się zagęszcza.

Pierwsze dwie teorje nie zgadzają się z obserwacją kliniczną w zapaleniach nerek. Moja teorja zgadza się zupełnie z obserwacją Przy pomocy mojej teorji bez trudności tłumaczy się zatrzymanie azotu (azotemją) i mocznika przy uszkodzeniu kłębków i zaniku nerek, i brak obrzęków tłumaczy się czynnością nieuszkodzonych kanalików.

Podobnie tłumaczy moja teorja obrzęki i zatrzymanie chlorków przy uszkodzeniu kanalików i brak azotemji i prawdziwej mocznicy z powodu wystarczającego wydzielenia mocznika przez nieuszkodzone kłębki.

Oczywiście znajdujemy bardziej zawikłane stosunki w rozległem uszkodzeniu, kiedy jednocześnie czynność kanalików i kłębków jest wstrzymana; pozatem wpływ mają czynniki pozanerkowe na skład moczu, np. uszkodzenie naczyń włoskowatych obwodowych albo zmiana w koloidach tkankowych, o której wspomina Fischer; poza tem może w chorobliwych stanach zmieniać się czynność nerek bo uszkodzenie jednego systemu prowadzi do zastępczej czynności drugiego — wszystkie te względy wymagają jednak szczególnego rozpatrywania.

Może moja teorja przyczyni się do tego, żeby między objawami klinicznemi a fizjologją nerek nastała większa harmonja.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Stanisław WOŁOSZCZAK, Lwów.
B. St. asystent Farmakologji Ak. med. wet.

O środkach pobudzających popęd płciowy.

Pod nazwą *Aphrodisiaca s. Erotica* rozumiemy środki pobudzające popęd płciowy; środki te działają zatem przedewszystkiem na czynniki psychiczne ustroju, wzmagając lubieżność i to tak u osobników męskich, jak i żeńskich, w następstwie czego występuje chęć do zadowolenia tego sztucznie wywołanego popędu płciowego drogą naturalnego stosunku *(coitus)*.

Działanie tego rodzaju wystarcza jednakże tylko u osobników żeńskich; u nich bowiem dla przyjścia do skutku *coitus* wystarcza zupełnie wywołanie, wzgl. spotęgowanie żądzy *(libido sexualis)*. Natomiast u osobników męskich — jako u strony aktywnej — działanie tego rodzaju, a więc sama chęć, nie zawsze wystarcza do umożliwenia, wzgl. spotęgowania możności stosunku płciowego. Do tego potrzebny jest nieodzownie wzwód prącia, *(erectio)*, który jednak nie zawsze da się osiągnąć przez samo tylko wzmożenie popędu płciowego.

Jak zatem widzimy należałoby zróżniczkować dwa typy, wzgl. kierunki działania środków, które obejmujemy wspólną nazwą *Aphrodisiaca:*

a. Środki wzmagające popęd, wzgl. wywołujące sztuczne podniecenie płciowe, które określiłbym jako posiadające kierunek działania psychiczny, czyli bierny (pasywny).

b. Środki umożliwiające, wzgl. potęgujące możność stosunku płciowego, (u osobników męskich) a więc w kierunku działania fizycznym, czyli czynnym (aktywnym).

Środków o psychicznym (biernym) kierunku działania znamy o wiele więcej, aniżeli takich, któreby posiadały na aparat płciowy działanie fizyczne (czynne). Niektóre z nich działają w pierwszym kierunku dodatnio, w drugim natomiast ujemnie. Do takich należy np. kokaina, która wywołuje wprawdzie silne podniecenie płciowe, ale uniemożliwiając (u osobników męskich) stosunek, wskutek znacznego upośledzenia, — a po większych dawkach nawet zupełnego zniesienia — erekcji (w najlepszym wypadku bardzo znacznego opóźnienia ejakulacji) jest środkiem o biernym tylko kierunku działania. Podobnież u osobników żeńskich opóźnia ona bardzo znacznie, a nawet wprost uniemożliwia wystąpienie *orgasmus.*

Alkohol n. p. w małych dawkach działa dodatnio i w jednym i w drugim kierunku; po dużych dawkach natomiast upośledza w wysokim stopniu wystąpienie erekcji, a nawet zupełnie je znosi. O ile erekcja wystąpi, to jest ona niezupełną, ejakulacja zaś jest albo bardzo opóźnioną, albo też w „międzyczasie“, t. zn. podczas *coitus* — wskutek ustania erekcji — nie przychodzi do skutku.

Omawiane środki należałoby więc zróżniczkować na dwie podgrupy, przyczem — celem uniknięcia potrzeby tworzenia nowych wyrazów — proponowałbym dla oznaczenia środków ad *a,* t. zn. biernych nazwę:*Erotica,* a dla oznaczenia środków ad *b,* t. zn. czynnych: *Aphrodisiaca.*

Praktyczne znaczenie posiadałyby w takim przypadku przedewszystkiem *Aphrodisiaca;* dotychczas nie posiadamy właściwie w całem tego słowa znaczeniu zupełnie pewnych środków tego rodzaju, a ilość ich jest wogóle znikomo mała. To też leczenie *Impotentia coëundi* nie opiera się wyłącznie na stosowaniu tych środków, ale na równoczesnem:

1. leczeniu dietetycznem, a więc: intenzywne, racjonalne odżywianie związkami bogatemi w azot; podawanie preparatów fosforu, żelaza i t. p. ciał z grupy „Plastica“.

2. stosowaniu środków wzmacniających: „Roborantia“, „Tonica“, jak preparaty arszenikowe, alkohol w bardzo małych dawkach i formie rozcieńczonej (n. p. wino);

3. stosowaniu leków organoterapeutycznych, które jednak — jak dotychczas — posiadają bardzo problematyczną wartość; acżkolwiek bowiem wydzielanie wewnętrzne gruczołów płciowych odgrywa tak wielką rolę, to jednak nie wiemy jeszcze nic pewnego o naturze chemicznej i sposobie działania czynnych substancyj (hormonów) i dlatego też ich zastosowanie terapeutyczne nie może być jeszcze brane w rachubę.

Ważną rolę natomiast odgrywa tu suggestja, która posiada w tym przypadku o wiele większe znaczenie od leczenia organoterapeutycznego. A jak wielkie ma ona znaczenie dowodzi m. in. silnie reklamowana do niedawna muiracetyna, — preparat otrzymywany z brazylijskiego drzewa okręglicy *Muira-Puama* — która narobiła swego czasu dosyć wiele hałasu, także jako aphrodisiacum. Analizy chemiczne wykazały jednak, że jest to środek o wiele „niewinniejszy“, aniżeli fabrykanci chcieli to wmówić laikom, a nawet sferom fachowym. Oto co pisze o samym surowcu (Lignum Muira-Puama, Wiad. farm. Warszawa, 1925) Dr. H. Ruebenbauer na podstawie przeprowadzonej analizy:

„Z powyższego przedstawienia przebiegu analizy uwidacznia się, że nie zdołano wydzielić ciała, któremu możnaby przypisać działanie przypisywane drewnu okręglicy. Tłuszcze i żywice w drewnie zawarte mają może własności zbliżone do balsamu kopaiwowego, desynfekcyjne, może nawet toniczne, ale niema wytłumaczenia na działanie podniecające, jakie się przypisuje drewnu i wyciągowi. Musi to być raczej działanie suggestywne“.

* * *

Działanie środków z grupy *Aphrodisiaca* jest uwarunkowane z jednej strony działaniem ich na ośrodki nerwowe założone w dolnej części (krzyżowej) rdzenia pacierzowego, z drugiej strony zaś działaniem ich na nerwy obwodowe, zaopatrujące aparat moczopłciowy. Bardzo ważną rolę odgrywają w tych procesach gruczoły płciowe; działalność bowiem ośrodków nerwowych, regulujących funkcje płciowe jest zależną przedewszystkiem od gruczołów wydzielania wewnętrznego, a więc hormonów tkanki śródmiąższowej (nie nasieniotwórczej!) jąder, a także gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych*).

Skomplikowane odruchy prowadzące do erekcji zależą przedewszystkiem od czynników psychicznych. Odruchy te mogą być z kory mózgowej zarówno wzbudzone, jak i wstrzymane; z drugiej strony zaś zostają one wywołane bodźcami obwodowymi. Ośrodek leży — jak wspomniałem — w dolnej części (krzyżowej) rdzenia pacierzowego. Na drodze czysto odruchowej może on być podrażniony bodźcami czuciowemi, działającemi na zewnętrzne części narządu płciowego. (Na ośrodek erekcyjny wpływa także

---

*) Według Müllera i Dahla znaczną rolę w rozwoju i funkcjach narządów rozrodczych odgrywa też tarczyca i przysadka mózgowa.

odruchowo stan wypełnienia pęcherza moczowego i pęcherzyków nasiennych).

Środkiem, który posiada oba powyższe działania, — a więc ośrodkowe i obwodowe — jest Yohimbina, alkaloid zawarty w korze zachodnio-afrykańskiego drzewa *Corynanthe Yohimbe.* Wzmaga ona specjalnie pobudliwość ośrodka erekcyjnego w rdzeniu krzyżowym i to w dawkach, które jeszcze nie wpływają na pobudliwość odruchową innych ośrodków rdzenia. Równocześnie wywołuje ona obwodowe rozszerzenie naczyń krwionośnych, zwłaszcza w obszarze narządów płciowych.

Działanie yohimbiny jest zatem podwójne: z jednej strony wywołuje rozszerzenie naczyń w organach płciowych, w następstwie czego sprowadza silniejszy dopływ krwi do tychże, z drugiej strony zaś wzmaga pobudliwość odruchową rdzenia krzyżowego, wzgl. założonego w nim ośrodka erekcyjnego.

Inne *aphrodisiaca* działają tylko „obwodowo". Tak n. p. działanie kantaryd polega na czuciowem zadrażnieniu błon śluzowych aparatu moczo-płciowego, za czem idzie rozszerzenie naczyń krwionośnych w tych narządach. Wogóle wszystkie środki wydzielające się z moczem i stanowiące dla przewodu moczo-płciowego bodziec drażniący (zapalny), sprzyjają w znacznym stopniu występowaniu erekcji i mogą być stosowane jako *Aphrodisiaca.* Do tego rodzaju ciał należą — oprócz wspomnianych kantaryd — alkohol, santonina, niektóre środki „korzenne", balsamy, żywice, olejki eteryczne, jak n. p.: Fructus Capsici, Cubebae, Juniperi, Carvi, Radix Calami, Zedoariae, Zingiberis.

Pomijając jednak choćby tę okoliczność, że nie wszystkie powyższe środki mogą być stosowane przy stanach zapalnych nerek, pęcherza moczowego i t. p. to działanie ich jest wogóle niepewne, a często nawet zupełnie zawodzi. Stosunkowo najpewniejszy *aphrodisiacum* jest zatem — dotychczas — yohimbina.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. W. SZUREK, starszy asystent. Lwów.

Wrodzona przepuklina przeponowa znacznego stopnia.

Z kazuistyki Instytutu Anatomji patologicznej U. J. K.

Przedostanie się narządów z jamy brzusznej do jednej z jam opłucnowych nie należy do zmian bardzo rzadkich. Grosser naliczył w piśmiennictwie przeszło 430 tego rodzaju przypadków. Wiele z nich było nazwanych przepukliną przeponową, zupełnie niewłaściwie, albowiem w większości przypadków znajdował się w przeponie ubytek wrodzony lub też sztuczny, przez który same tylko narządy jamy brzusznej przedostawały się do jamy opłucnowej. W tych przypadkach zaś można mówić tylko o wypadnięciu, a nie o przepuklinie, z pojęciem jej bowiem związana jest obecność worka przepuklinowego, wytworzonego przez blaszki przeponowe błon otrzewnowej i opłucnowej lub tylko przez jedną z nich, najczęściej opłucną. W pierwszym przypadku mówimy o przepuklinie przeponowej prawdziwej, w drugim o przepuklinie przeponowej rzekomej, która też jest częstsza. Bramą przepuklinową jest otwór w przeponie powstały w przypadku przepukliny wrodzonej z powodu nieprawidłowego wytworzenia się tej przegrody, dzielącej wspólną przedtem jamę ciała, w przypadkach zaś przepukliny nabytej brama wytwarza się najczęściej w następstwie urazu, działającego na przeponę.

Przepukliny przeponowe wrodzone powstają najczęściej po stronie lewej. Broman tłumaczy to większemi trudnościami i zawiłością, z któremi połączony jest rozwój przeponowy po tej stronie. Tu bowiem rozwija się żołądek. Zdaniem jego, prawidłowy rozwój wątroby ma się przyczyniać w znacznej mierze do należytego wykształcenia się i zamknięcia tej przegrody między jamami ciała. Upośledzony i powolny wzrost wątroby może łatwo wywołać w tej przegrodzie stały ubytek, który, chociaż w początkach mały, powiększa się jednak wraz z wzrostem całej przegrody. Częściej zdarza się, że wrotami przepukliny są takie otwory w przeponie, jak otwór Morgagniego, szczelina Larreya, zawarta między częścią mostkową a żebrową przepony. Tego rodzaju przepukliny opisują Eckert, Waelli i Lubosch. Wreszcie narządy jamy brzusznej mogą się przepchać przez otwór przełykowy lub szczelinę Bochdaleka, znajdującą się między lędźwiową a żebrową częścią przepony. Według zestawienia, zrobionego przez Kaufmanna, zawartość worka przepuklinowego stanowią najczęściej żołądek, część poprzeczna okrężnicy, poczem idą kolejno sieć, jelito cienkie, śledziona, wątroba, trzustka i nerka.

Nasz przypadek dotyczy noworodka, donoszonego płci żeńskiej, który zmarł w kilkanaście sekund po urodzeniu się. Poród odbył się siłami przyrody. Dziecko po przyjściu na świat zrobiło kilka szybko po sobie następujących i nasilonych ruchów oddechowych, poczem zmarło wśród objawów sinicy.

Oględziny zewnętrzne i sekcja wykazały co następuje: Zwłoki noworodka o pępowinie prawidłowo rozwiniętej, wzrostu 55 cm, wagi około 3050 g. Uwagę zwraca głowa dość wielkich rozmiarów (planum occipito-frontale — 36.5 cm). Po otwarciu klatki piersiowej okazało się, że cały prawy płat wątroby i część lewego, znajduje się w prawej jamie opłucnowej, sięgając kopułą prawego płata aż do górnego brzegu żebra 2-go. W tylnej części jamy opłucnowej poza wątrobą, leżały pętle całego jelita cienkiego, kątnica i część wstępująca okrężnicy. Wszystkie te narządy znajdowały się w worku, utworzonym z ściennych blaszek opłucnej i otrzewnej wpuklonych do klatki piersiowej. Z narządów klatki piersiowej płuco prawe ma postać niewielkiego płatka (wymiar poprzeczny 4 cm przednio-tylny 3 cm, grubość 0.5 cm) i zostało zepchnięte ku górze, zajmując tę niewielką przestrzeń, jaka pozostała ponad wątrobą. W małem niedorozwiniętem i bezpowietrznem płucu jest słabo tylko zaznaczony podział na dwa płaty. Całe śródpiersie z grasicą znacznych rozmiarów, jest zepchnięte dość daleko na stronę lewą i zakrywa od przodu płuco lewe bardzo małe i mało powietrzne; płuco to przyciśnięte było do tylnej i bocznej ściany klatki piersiowej. W związku z przesunięciem i skręceniem całego śródpiersia ku stronie lewej, wielkie pnie naczyniowe, tchawica i przełyk w dolnej części szyi zostały również przesunięte i skręcone na lewą stronę.



1. Grasica przesunięta z sercem na stronę lewą.
2. Niedorozwinięte płuco prawe.
3. Wątroba pokryta workiem przepuklinowym, przemieszczona do prawej jamy opłucnowej.
4. Pętle jelitowe wyciągnięte z worka przepuklinowego i odsunięte na stronę lewą. Poniżej dolnego brzegu wątroby widoczny jest fałd, przedstawiający niedorozwiniętą przeponę.

Po odłożeniu przemieszczonych pętli jelitowych na swoje miejsce i po uniesieniu wątroby ku górze, okazało się, że po stronie prawej przepona przedstawia się w postaci fałdu kształtu półksiężyca w najszerszym miejscu szerokiego na 2 cm, biegnącego poprzecznie po tylnej ścianie klatki piersiowej. Fałd ten odpowiada części lędźwiowej i niecałej części żebrowej przepony. Części mostkowej i prawie całej żebrowej oraz całego środka brakuje. W ich miejsce całą przegrodę między jamą brzuszną a opłucnową tworzą blaszki ścienne opłucnej i otrzewnej, ściśle do siebie przylegające. W miejscu, w którem ze ściany klatki piersiowej prawidłowo wychodzi przepona, oraz na szczycie opisanego fałdu blaszki te rozchodzą się wyścielając wewnętrzne powierzchnie jamy brzusznej i opłucnowej. Cała ta cienka przegroda, zupełnie po-

zbawiona części mięsnej i ścięgnistej, wpukla się tak wysoko do jamy opłucnowej, jak daleko dochodzą ukryte w niej, jakgdyby w worku, narządy brzuszne.

Z innych zmian wrodzonych stwierdzono u noworodka powiększenie jajnika lewego, w którym po rozcięciu wykazano torbiel wielkości orzecha laskowego, wypełnioną płynem wodojasnym. W jamie czaszkowej opony twarde były silnie napięte i przekrwione a pod niemi na sklepieniu mózgu, w zakresie płata czołowego i ciemieniowego oraz na większej części podstawy, stwierdzono cienką warstwę ciemno-czerwonej, świeżo skrzepłej krwi. Na czaszce, prócz niewielkiego przedgłowia w okolicy prawej kości ciemieniowej, innych zmian nie wykazano. Mózg w całości był przekrwiony i obrzękły.

Badanie drobnowidowe: W skrawku, wziętym z fałdu, przedstawiającego nienależycie rozwiniętą przeponę stwierdza się słabe wykształcenie warstwy mięsnej, która w miarę zbliżania się do brzegu fałdu staje się coraz cieńszą, a wreszcie na brzegu znika zupełnie, ustępując miejsca wiotkiej tkance łącznej. Błony surowicze rozdzielone warstwą mięsną, w miarę jej zaniku zbliżają się coraz bardziej do siebie, aby na brzegu fałdu zetknąć się bezpośrednio ze sobą i utworzyć opisany worek przepuklinowy.

W przypadku opisanym jest zatem daleko posunięta wada rozwojowa przepony po stronie prawej. Zupełny brak jej części mostkowej i większej części żebrowej sprawiły, że przegroda między jamą brzuszną a opłucnową, złożoną tylko z blaszek otrzewnej i opłucnej, była za słabą, by się należycie przeciwstawiać ciśnieniu, wywieranemu ku górze przez narządy jamy brzusznej. Narządy te, wpuklając i spychając ku górze błony surowicze, wstępowały do jamy opłucnowej, na tej bowiem drodze spotkały najłatwiejszą do pokonania przeszkodę. Utrzymana w postaci fałdu tylna część przepony nie mogła być dostateczną zaporą dla tych narządów posuwających się ku górze. Wnioskując z zachowania się wątroby w przypadku opisanym nie można się zgodzić na zdanie Bromana, jakoby niedostateczny rozwój i zamknięcie się przepony, były w przyczynowym związku z małą intenzywnością w rozwoju i wzroście wątroby. Zwiększona wątroba, zwłaszcza jej płat prawy, (wymiar poprzeczny wątroby — 8½ cm, przednio-tylny 4½ cm, grubość 4 cm), każe raczej przypuszczać, że brak przepony sprzyjał jej wzrostowi, dzięki czemu musiała ona wziąść górę nad narządem o utkaniu bardziej wiotkiem i nieczynnem w życiu płodowem, jakim jest płuco. Przyciśnięte przez wątrobę do górnego sklepienia klatki piersiowej nie mogło się ono należycie rozwinąć. Zepchnięcie zaś całego śródpiersia na stronę lewą odbiło się niekorzystnie także na płucu lewem, które, jakkolwiek w mniejszym stopniu, zostało również powstrzymane w rozwoju.

W końcu należy się zapytać, co w tym przypadku jest przyczyną śmierci dziecka i czy mogło ono żyć, mimo tak znacznego upośledzenia w rozwoju narządu oddechowego, gdyby nie było innych zmian, mogących same przez się tłumaczyć przyczynę śmierci. Wylew bowiem krwi pod opony był świeży i mógł nastąpić z końcem porodu i w pierwszych chwilach po porodzie, powodując śmierć wskutek ucisku i porażenia ośrodków życiowych. Z drugiej jednak strony z zapodań lekarzy, obecnych przy śmierci dziecka, ma się wrażenie, że ośrodki oddechowe nie poniosły większego uszczerbku, mięśnie bowiem oddechowe w ostatnich chwilach pracowały i dziecko, otwierając usta, starało się wciągać powietrze do płuc. A skoro mimo to śmierć nastąpiła, zapewne ilość tlenu, który się dostał do krwi była niedostateczną dla życia, za małą była bowiem powierzchnia oddechowa płuc. Być może, że gdyby do tej małej pojemności płuc doszło powoli, przez czas dłuższy i w ciągu życia pozapłodowego, organizm byłby się prawdopodobnie dostosował do tych niekorzystnych warunków. Przykładem takiego przystosowania się organizmu są osobniki żyjące, u których gruźlica pozbawiła zdolności do wymiany gazów jeszcze większe części płuc. W naszym jednak przypadku warunki, w jakich ustrój dziecka się znalazł były zupełnie inne. Sposób wymiany gazów u noworodka z chwilą ustania tętna w pępowinie ulega nagłej i radykalnej przemianie. Od tego czasu płuca, dotąd nieczynne, obejmują zaopatrywanie krwi w potrzebną dla życia ilość tlenu. Do spełnienia zaś tego zadania potrzebny jest ich należyty rozwój i sprawność funkcjonalna. Noworodek więc z upośledzeniem tego narządu w tym stopniu, jak w przypadku opisanym nie mógł pozostać dłużej przy życiu.

Niewątpliwie do szybkiej śmierci po urodzeniu się mógł przyczynić się w przypadku opisanym rozległy wylew krwawy pod oponami.

WYKŁADY I ODCZYTY.

W. SIERADZKI. Lwów.

Z rozważań nad rozwojem myśli lekarskiej w ubiegłem półwieczu *).

Jubileusze zniewalają do rozmyślań. Przesuwa się przed oczami przeszłość, w jej świetle ocenia się teraźniejszość, wybiega wzrok ku przyszłości. Jubileusz takiej organizacji jak Towarzystwo lekarskie, to nietylko wspomnienie o ludziach już zmarłych, czy jeszcze żyjących, którzy w Towarzystwie działali, nietylko przedstawienie jego rozwoju w wykazach liczb statystycznych, w ocenie doniosłości prac i innych znamion żywotności — lecz to ponadto i przedewszystkiem rzut oka na pewien wycinek historji kultury ogólnej, na dany okres historji medycyny jako nauki i jako sztuki.

Historję dzielimy chętnie na epoki, wyznaczając słupy graniczne między jej poszczególne okresy; czynimy to jednak raczej ze względów praktycznych, zachowując w pełni świadomość, że wszelkie takie podziały są sztuczne i że ostrych granic między temi epokami być nie może. Największe przemiany dziejowe, potężne postacie historyczne, genjusze nauki czy sztuki, najdonioślejsze wreszcie odkrycia czy wynalazki nie pojawiają się wszakże — jak to wykazuje bliższa analiza — nagle, jak *deus ex machina*, lecz są ostatecznie wytworem ewolucyjnym całego szeregu zjawisk poprzednich, wynikiem pracy całego pokolenia. Nie da się jednak zaprzeczyć, że istnieją w dziejach pewne odcinki czasu, w których zdarzenia następują po sobie ze szczególniejszą żywością; objawia się to przedewszystkiem w historji politycznej i społecznej, gdy wojny lub rewolucje, zresztą już poprzednio na dłuższy czas przygotowywane, zmieniają nagle granice państw lub przeobrażają ustroje społeczne. W historji nauki lub sztuki przewroty takie są wyjątkowe, jednak i w tej dziedzinie rozwój postępować może okresowo szczególnie wartkim prądem, w porównaniu ze spokojniejszą epoką poprzedzającą lub następującą.

Chwila narodzin naszego Towarzystwa, czy weźmiemy pod uwagę rok 1867 jako rok powstania Towarzystwa lekarzy galicyjskich, czy rok 1877 jako rok wyodrębnienia się sekcji lwowskiej, nie stanowiła w rozwoju medycyny przełomu. Działy się jednak w tym właśnie okresie czasu na terenie naszej nauki rzeczy wielkie, które odmieniły oblicze medycyny w sposób niesłychany, w porównaniu z medycyną pierwszych dwóch trzecich części wieku XIX. Na zrębie zaś budowanym w tym okresie wzniósł się potężny gmach medycyny dzisiejszej, znowu jednak niezmiernie oddalonej od swej poprzedniczki z przed pół wieku.

Przypomnijmy sobie ten siódmy dziesiątek lat ubiegłego stulecia, starajmy się dać w najogólniejszym szkicu przekrój medycyny w tym okresie.

Był to przecież czas, w którym wielkie, tak ważne dla biologji prace Karola Darwina (1809—1882) wstrząsały wśród żywej walki umysłami badaczy, a niedawno (1865) w ciszy augustjańskiego klasztoru w Bernie morawskiem wykończył jego opat Grzegorz Mendel (1822—1884) swoją rozprawę o hybrydach roślinnych, która, choć przez długie lata następne zapomniana, stanowi przecież kamień węgielny dzisiejszej genetyki, nauki o dziedziczności i konstytucji. Wśród postępującego olbrzymim krokiem rozwoju fizyki i chemji w drugiej połowie XIX wieku, fizyki, która obok licznych, doniosłych dla medycyny odkryć na polu energji cieplnej, świetlnej i elektrycznej, przyniosła medycynie szereg przyrządów technicznych, dozwalających na wprowadzenie nowych lub udoskonalonych metod badania, — chemji, która przez prace takiego Wöhlera (1800—1882), Liebiga (1803—1873) i wielu innych dawała podwaliny pod gmach chemji organicznej i biologicznej, — przeobrażały się gruntownie podstawowe działy medycyny t. j. anatomji, fizjologji i patologji. Pracował więc jeszcze wówczas Teodor Schwann (1810—1882), twórca nauki o budowie komórkowej jestestw uorganizowanych, a liczni współcześni histologowie i embrjologowie jak Henle (1809—1885), Ranvier (1835—1922), Kölliker (1817—1905), Corti (1822—1876) i inni odkrywali coraz nowe szczegóły w budowie tkanek i narządów, w rozwoju komórek i ustrojów złożonych, wykorzystując między innemi doniosłe ulepszenie mikroskopu wskutek wprowadzenia przez Abbég'o w r. 1873 kondensatora i immersji. Wrzało w pracowniach fizjologicznych. We Francji po Magendie'm ujęli berło przedewszystkiem Claude Bernard (1813—1878) i Brown-Séquard (1818—1894), aby

*) Wykład wygłoszony na uroczystem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, odbytem w dniu 7 lipca 1928 r. z powodu 50-letniego jubileuszu istnienia tegoż Towarzystwa.

wymienić tylko najznakomitszych, w Niemczech, po Johannesie Müllerze pojawili się: Helmholtz (1821—1894), du Bois-Reymond (1818—1896), Brücke (1818—1892), Pflüger (1892—1910) i przekształcali wraz z całą plejadą innych uczonych, wśród których osobno zaznaczyć należy udział chemików biologicznych, biologję i fizjologję z nauki przyrodniczo-filozoficznej na czystą naukę przyrodniczą i eksperymentalną. Pochodzące jeszcze z pierwszej połowy stulecia prawo Juljusza Roberta Mayera o równowadze mechanicznej ciepła z równoczesnemi badaniami Joule'a nad energją znalazły zasłużone miejsce w tej nowej konstrukcji nauk biologicznych. Kierunek witalistyczny chylił się ku zmierzchowi, pogląd przyrodniczy przejdzie niebawem w skrajnie materjalistyczny, przygotowany już dawniej przez filozofję pozytywistyczną Compte'a, przez Sprenzera a po części i Lotze'go. Ten czysto przyrodniczy charakter opanowuje w konsekwencji i patologję. W tym dziale wybijają się na czoło dwie postacie: Karol Rokitansky z Wiednia (1804—1878) i przedewszystkiem Rudolf Virchow z Berlina (1821—1902), który w omawianym czasie wykańczał już wielki gmach patologji celularnej, obaliwszy złączony z witalizmem kierunek humoralny patologji. Jeżeli się zaś do tego doda, że w tym właśnie siódmym dziesiątku lat XIX stulecia rodzi się bakterjologja z genjalnych prac Ludwika Pasteura (1822—1895), a później ze systematycznych badań Roberta Kocha (1843—1910), jeszcze więcej staje się widoczne, jak głębokie przemiany zachodziły w podstawowych naukach medycyny. Ogromne też przeobrażenie zaczęło się pojawiać w medycynie klinicznej. Do niedawno wprowadzonych do medycyny wewnętrznej metod fizykalnego badania, opracowanych przez Laenneca we Francji i Skodę w Austrji, dołącza się szereg innych, jako wyraz coraz silniejszego związku medycyny z naukami przyrodniczemi, przedewszystkiem z fizyką i z chemją, jako następstwo rozwoju fizjologji i patologji. Obserwacja chorego przyjmuje charakter ściślejszy, przyrodniczy, liczni wielcy klinicyści dają nowe konstrukcje syntetyczne poszczególnych grup i jednostek chorobowych, terapja wychodzi poza surową empirję i tradycyjonalny szablon, szuka nowych dróg i porzucając z jednej strony polypragmatyzm a z drugiej nihilizm terapeutyczny, opiera się coraz więcej na eksperymencie, czerpiąc ze zdobyczy chemji, fizjologji i farmakologji. Dla chirurgji, położnictwa i ginekologji, po zastosowaniu już w pierwszej połowie XIX wieku narkozy, przyniesie nową erę bakterjologja, która przez wprowadzenie postępowania antyseptycznego przez Listera w r. 1867 znajduje pierwsze kliniczne zastosowanie; w ten sposób osiągnie też pełne zadośćuczynienie nauka o etjologji i zapobieganiu gorączki połogowej, wypowiedziana jeszcze w dobie przedbakterjologicznej, bo w r. 1861, przez nieszczęsnego i tak tragicznie zmarłego Semmeweisa (1818—1863). Rozwój medycyny klinicznej w trzech głównych jej odłamach, internie, chirurgji i akuszerji, prowadzi do wyodrębniania się specjalnych działów klinicznych i właśnie w omawianym okresie ten ruch emancypacyjny wyraźnie zaczął się zaznaczać, wywołany dorobkiem poprzedniego pokolenia, nowemi zdobyczami patologji i wprowadzeniem nowych metod badania. Wystarczy tu wspomnieć o wynalezieniu wziernika ocznego przez Helmholtza w r. 1851 a wziernika krtaniowego przez śpiewaka Emanuela Garcia w r. 1854, aby zrozumieć, że w 20 lat później okulistyka i laryngologja tak pogłębiły swą treść i zakres działania, że dążność ich do przekształcenia się w samoistne gałęzie stała się zupełnie usprawiedliwiona. Równocześnie dermatologja i wenerologja wyrabiają się na odrębne specjalności, aczkolwiek wraz z pedjatrją dłużej muszą czekać na zupełną emancypację. Psychjatrja, stojąca zawsze w pewnem odosobnieniu i zaledwie od kilkudziesięciu lat wciągnięta do medycyny, podnosi się pod wpływem prac wielu wybitnych mężów, wywierać też zaczyna wpływ na prawodawstwo, między innemi przez śmiałe poglądy Lombroso'y (1836—1909); neurologja zaś opierając się na coraz lepszem poznaniu anatomji i fizjologji układu nerwowego, święci triumfy w szkole paryskiej wielkiego klinicysty Charcota (1825—1893) i w innych coraz liczniejszych ogniskach naukowych świata. Wreszcie na wymieniony okres przypada zasadniczy przełom na polu medycyny publicznej, oddziela się mianowicie medycyna sądowa od higjeny, ta ostatnia zaś niebawem pod wpływem bakterjologji stanie na nowych podstawach naukowych i przekształci się na dużą gałąź medycyny społecznej.

Tak więc ten okres siódmego dziesiątka lat ubiegłego stulecia płodny był w doniosłe dla nauki lekarskiej badania i odkrycia. Współczesny lekarz praktyk powoli jednak przyswajał sobie nowe zdobycze, tembardziej, że organizacja nauczania medycyny nie zdążała równym krokiem za postępem nauki, a wiele nowych prawd naukowych musiało jeszcze walczyć o uznanie.

Z gmachu jednak medycyny tego okresu pozostały do dzisiaj tylko zręby, w międzyczasie bowiem w różnych jego częściach przeprowadzono wielokrotnie gruntowną przebudowę a całość rozrastała się i potężniała do obecnej postaci i rozmiarów. Przeprowadzając bowiem porównanie tego, co dziś jest, z tem co było przed 50 czy 60 laty, znajdziemy różnice tak ogromne, że zapewne założyciele naszego Towarzystwa łatwiej porozumiećby się mogli ze swymi poprzednikami z epoki Bichat'a i Broussais'go, napoleońskiego chirurga Corvisarta, Hufelanda lub Hildebrandta, niż my dzisiaj z naszymi założycielami. Czyż sam zewnętrzny obraz tych rozległych, wspaniałych pracowni, klinik i szpitali dzisiejszych, jakiemi zwłaszcza imponują światu Stany Zjednoczone, nie przyprawiłby o zawrót głowy lekarza z przed pół wieku, przyzwyczajonego do starych, skromnych i ciasnych budynków, poświęconych w owym czasie dla pracy naukowej i pedagogicznej na polu medycyny? Dorobek ostatniego półwiecza jest tak olbrzymi, przemiany w pojęciach tak głębokie, widoki na przyszłość tak zawrotne, że nawet współczesny lekarz patrzy z pewnem przerażeniem na ten potężny rozrost nauk lekarskich i mimowoli powtarza za starożytnym mędrcem te, pełne rezygnacji słowa: *ars longa, vita brevis*. Wykazywanie tych różnic przekraczałoby ramy tego wykładu, byłoby zresztą zbyteczne dla nas, którzy żyjąc w teraźniejszości, przeszliśmy dłuższy lub krótszy odcinek drogi rozwojowej medycyny ostatnich czasów i zdajemy sobie dobrze sprawę z tego ciągłego ruchu, jaki panuje w naszej nauce. Podnieść chyba należy, że znowu fizyka i chemja, złączone dziś ściślej w pojęcie fizykochemji, przez swoje nowe poglądy na budowę atomu, na istotę energji i materji, oraz przez cały szereg innych zdobyczy wywołały i wywołują przewrót w naukach biologicznych a tem samem i w medycynie. Jakież ogromne zmiany nastąpić musiały w patologji w miarę rozwoju bakterjologji i serologji, lub nauki o wydzielaniu wewnętrznem, jak bardzo w świetle nowych pojęć fizyko-chemicznych przekształciły się nasze zapatrywania na zjawiska przemiany materji, na funkcje tkanek, narządów i soków ustrojowych, tak w stanie zdrowia jak i choroby! Ileż nowych problemów przynosi nauka o konstytucji! Nadszedł kres wyłącznego panowania patologji celularnej Virchowa, wypiera ją lub uzupełnia nowy kierunek patologji humoralnej, t. zw. patologja neohumoralna, która jednak jest niezmiernie daleka od swej antenatki z przed stu laty lub z jeszcze dawniejszych czasów. Klinika musi postępować w ślad za temi przeobrażeniami swych nauk podstawowych. Diagnostyka i terapja przez niesłychaną specjalizację poszczególnych działów i przez olbrzymie bogactwo metod badania przybiera formy, odbiegające daleko od dawniejszego wykonawstwa zawodu lekarskiego. Zmienia się też stanowisko lekarza. Medycyna wkracza coraz więcej na pole profilaktyki, lekarz staje się raczej działaczem społecznym, niż indywidualnym doradcą chorego. Ginie typ lekarza „omnibusa", typ lekarza domowego, który nieraz kilka pokoleń jednej rodziny miał w swojej opiece. Niebawem za przykładem Ameryki północnej leczenie odbywać się będzie tylko w odpowiednich instytutach lekarskich, urządzonych w myśl wymagań prądów współczesnych dla przeprowadzenia wszystkich zawiłych badań i zabiegów. W tym względzie dochodzi się już wprost do przesady. Czyż można bowiem zgodzić się na taki amerykański sposób postępowania, że kierownik instytutu leczniczego, prawie nie widząc chorego, tylko na podstawie stosu papierów, gdzie ma zestawione wyniki licznych specjalnych pomiarów, badań, analiz i t. p., stawia djagnozę i zarządza leczenie? Czyż ta tendencja uczynienia z medycyny nauki tak ścisłej, jaką jest fizyka lub chemja, tendencja, której niewątpliwie rozwój nauk biologicznych i lekarskich zawdzięcza zdobycze niesłychane, nie musi znaleść granic? Reakcja budzi się coraz wyraźniej a już szczególniej medycyna francuska, odznaczająca się zawsze, że się tak można wyrazić, postępowym konserwatyzmem, broni się coraz silniej przeciw tej mechanizacji w działaniu lekarskiem i zwraca się ku przeszłości, ku wzorom klasycznym swoich wielkich klinicystów, którzy obok szacunku dla wiedzy ścisłej, nie lekceważyli empirji rozumnej i intuicji osobistej. Pomimo też uwzględniania w najszerszej mierze wszelakich zdobyczy fizyki i chemji i opierania się całą siłą o nauki ścisłe, czuje się w biologji i patologji powiew neowitalizmu, podobnie jak we filozofji niezaprzeczonym jest zwrot ku idealizmowi.

Ostatecznie pomimo ciągłych przeobrażeń w medycynie, tak w jej pojęciach podstawowych jak i w metodyce badań i zabiegów leczniczych, stosunek lekarza do chorego zasadniczo jest taki sam, jak go określał wielki mędrzec z Kios, praojciec medycyny, Hippokrates. Obok człowieka chorego, stanowiącego ze swym indywidualnym ustrojem cielesnym i psychicznym odrębny świat, stanąć musi lekarz człowiek i z ducha tego lekarza wyjść muszą wszelkie poczynania, aby chorego uleczyć. Uzbrojony ogromnym arsenałem współczesnej wiedzy, ma ją lekarz spożytkować dla dobra chorego. W drodze twórczej pracy myślowej ma sobie zdać sprawę z istoty zaburzeń chorobowych

i z indywidualności chorego, nakreślić racjonalny plan leczenia, wykonać odpowiednie zabiegi według wskazań sztuki i z nabytą, nabytą przez ćwiczenie, wprawą. Ta praca myślowa lekarza przy łóżku chorego jest zadaniem niezmiernie trudnem, trudniejszem, niż w jakimkolwiek innym zawodzie pracy umysłowej. Zadanie jego jest podobne do zadania biologa, który przystępuje do rozwiązania pewnego problemu naukowego, lecz tem trudniejsze, że lekarz jest ograniczony w metodach badania i w możności eksperymentowania. Możliwość błędów jest wielka i to błędów w samem myśleniu, przy należytem zresztą opanowaniu metod badania i znajomości zasad współczesnej wiedzy. Takie to błędy zdarzały się zawsze i zdarzają się obecnie, są one bowiem do pewnego stopnia niezależne od stanu nauki. Nie patrzmy więc przeto z politowaniem na błędy naszych poprzedników, gdyż kto wie, czy podobnych, może i cięższych błędów nie popełnia się dzisiaj wiecej, a to wobec współczesnego stanu medycyny, która nam każe większą ilość prawd i teoryj wprowadzać do procesu myślowego i silniej niż w dawnych czasach opierać się na ścisłej obserwacji przyrodniczej. Błędy takie wykazać można na wszystkich polach działalności lekarskiej, czy to praktycznej, czy też badawczej, a więc tak dobrze w pracach eksperymentalnych lub w tworzeniu pojęć i teoryj naukowych, jak w zestawieniach klinicznych, w opisach kazuistycznych, w ocenie sposobów leczenia, w djagnozie, prognozie i terapji, wreszcie we wskazaniach profilaktycznych i higjenicznych. Ileż hypotez i konstrukcji naukowych, ileż pomysłów terapeutycznych bankrutuje codziennie li tylko wskutek błędnego tłumaczenia faktów, stwierdzonych drogą obserwacji i wskutek fałszywego wyciągania wniosków!

Najłatwiej czerpać można w tym względzie przykłady z zakresu medycyny praktycznej. W zrozumiałej chęci pomożenia choremu lekarz, pod wpływem czynników afektowych, myśli często, jak to określa psychologja, autystycznie, to znaczy, wychodząc poza rzeczywistość, szuka nie prawdy, lecz spełnienia swoich życzeń. Porzuca więc logiczną krytykę, daje się natomiast kierować przypadkowemi skojarzeniami myśli, luźnemi analogjami, przedewszystkiem jednak potrzebami uczuciowemi, które mu zastępują stosowane w ścisłem myśleniu realnem i logicznem assocjacje, wynikające z doświadczenia, tam zaś, gdzie te kryterja bierze pod rozwagę, czyni to w sposób niewystarczający i niedbały.

W obszernej swej książce p. t. „Autystyczno - niezdyscyplinowane myślenie w medycynie", która doczekała się czterech wydań, rozbiera B l e u l e r, wielki psychjatra szwajcarski, bardzo szczegółowo błędy w myśleniu lekarskiem i to tak w tworzeniu pojęć wprowadzonych do patologji, jak w szczególności w wykonawstwie lekarskiem. A chociaż nie zawsze można się zgodzić z tym autorem, zwłaszcza z jego silnie sceptycznem stanowiskiem w zakresie terapji, to jednak przyznać trzeba, że z niezwykłą jasnością i śmiałością wydobywa on na jaw błędy w medycynie jako nauce i jako sztuce, wskazując zarazem na drogi unikania ich w przyszłości. Nie pomija on między innemi i tych błędów, które lekarz, nieraz co prawda świadomie, popełnia ze względów czysto oportunistycznych a mianowicie ze względu na swój stosunek do pacjenta. Dobrze jest przejść taki rachunek sumienia medycyny, boć główne zło nie tyle leży w tem, że się popełnia błędy, ile w tem, że sobie za mało z tego zdajemy sprawę i za mało z tem walczymy.

Wiemy dobrze, że wiedza nasza jest niedostateczna, że nie jesteśmy w stanie rozwiązać w drodze ściśle naukowej wielu zagadnień i zadań, wiemy też, że niejedno z tego, co dziś uważamy za prawdę, nie ostanie się w świetle późniejszych zdobyczy naukowych. Bez teorji i hypotez żadna nauka, a już najmniej biologja i medycyna obejść się nie może, ale należy znać granice poznania, umieć odróżnić rzeczy pewne od prawdopodobnych, patrzeć na zjawiska wszechstronnie i w drodze ścisłego, realnego i logicznego myślenia wyciągać wnioski z tego zawikłanego splotu objawów, jakie nam przedstawia ustrój żywy, w szczególności człowiek chory. Pomimo ogromnego postępu nauki, myśl nasza często tuła się po bezdrożach, nieraz może właśnie dlatego, że tego ogromu ogarnąć nie może. Należy sobie z tego zdawać sprawę, świadomość bowiem błędów to pierwszy krok do postępu, to podnieta do szukania źródeł złego i środków zaradczych. Właśnie w ostatniem półwieczu, a przedewszystkiem w ostatnich czasach rozważania na ten temat są liczne i cenne. Z dumą zaś możemy wymienić nazwiska tych polskich lekarzy-filozofów, jak C h a ł u b i ń s k i, K r a m s z t y k, B i e r n a c k i, a przedewszystkiem niezapomniany B i e g a ń s k i, którzy myśli lekarskiej poświęcili głębokie studja a oryginalnością swych prac nadali odrębne, swoiste piętno medycynie polskiej. W literaturze światowej od klasycznego dzieła Claude B e r n a r d a z r. 1865 p. t.: „Introduction à l'étude de la médecine expérimentale", znajdujemy zwłaszcza w ostatnich latach prace wielu autorów, którzy zajmują się filozofją medycyny w różnych jej odcinkach. Będą to przedewszystkiem biologowie i patologowie, rozmyślający nad zagadką życia, choroby i śmierci, nie brak jednak i wielkich klinicystów, którzy ze swego wieloletniego doświadczenia na polu praktyki lekarskiej biorą podkład do głębokich rozważań nad problemem poznania, myślenia i działania w medycynie. Ma się uczucie, że przez takie prace te niezliczone strumienie współczesnych zdobyczy naukowych zbierane są po oczyszczeniu do wspólnego spokojnego łożyska, z którego można je czerpać i łatwiej i pewniej. W oświetleniu filozoficzno-krytycznem i dawna medycyna, nad którą miano chęć przejścia do porządku dziennego, zaczyna w niejednym kierunku odzyskiwać swoje istotne wartości. Dlatego też filozofja medycyny chętnie zwraca się do historji, ta bowiem jako *magistra vitae* uczy nas nietylko poznawać błędy, ale i najlepiej wydobywa na jaw prawdy, które ostały się w pochodzie czasu.

Dlatego też dzisiaj w tej uroczystości, mającej upamiętnić fakt historyczny powstania lwowskiego Towarzystwa lekarskiego, pozwoliłem sobie na te krótkie rozmyślania historyczno-filozoficzne.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Doc. Dr. A. SABATOWSKI. Lwów.

Organizacja gospodarcza i naukowa lecznictwa uzdrowiskowego w Rumunji.

Dzięki pomocy materjalnej udzielonej mi przez Ministerstwo W. R. i O. P. na wniosek Akademji Umiejętności miałem możność wzięcia udziału w V Międzynarodowym Zjeździe Talassoterapji, który odbywał się w Rumunji od 23 do 29 maja br. Obrady toczyły się częściowo w Bukareszcie a częściowo w Konstancy nad Morzem Czarnem. Głównym przedmiotem obrad była sprawa leczenia nadmorskiego w gruźlicy kręgosłupa. Pozatem dano nam możność zwiedzenia głównego uzdrowiska wysokogórskiego Sinaia, kąpielisk morskich koło Konstancy i wystawy krajowych uzdrowisk i turystyki w samym Bukareszcie. Rumuni gościli po raz pierwszy u siebie zjazd międzynarodowy i prześcigali się w gościnności, dając nam możność poznania tego, co u siebie na polu lecznictwa nietylko nadmorskiego ale uzdrowiskowego wogóle zrobili lub mają w przygotowaniu.

Dla nas Polaków ta strona zjazdu była najciekawszą ze względu na to, że losy i obecna sytuacja Rumunji pod względem gospodarczej organizacji zdrojownictwa i wiedzy balneologicznej jest dosyć podobna i jest rzeczą wysoce pouczającą przyjrzeć sie temu, co nasi sąsiedzi w tej sytuacji robią i jakie osiągają wyniki.

Rumunja dzisiejsza składa się z pięciu części a to: dawnego królestwa, z prowincji odebranych Węgrom (Siedmiogród i Banat), Austrji (Bukowina), Rosji (Besarabja) i Bułgarji (część Dobrudży). Przyrodzone bogactwa tych dzielnic pod względem uzdrowiskowym są różne, a jeszcze większą jest różnica w zagospodarowaniu tego bogactwa. Obszary dawnego władania węgierskiego są najbogatsze w zdrojowiska i okolice wysokogórskie. O ile te ostatnie przed wojną nie były wyzyskiwane w pełni z powodu jednostronnego forytowania przez Węgrów Tatr spiskich, o tyle zdrojowiska były pod staranną opieką rządu, dążącego energicznie do samowystarczalności Węgier na tem polu oraz madiaryzacji zdrojowisk siedmiogrodzkich. Rzeczywiście też zdrojowiska te stoją dziś przeważnie na pierwszem miejscu w Rumunji i odznaczają się komfortem. Ślady węgierszczyzny zacierane są energicznie, lekarze węgierscy zniknęli. Bukowina przyniosła we wianie tylko jedno większe zdrojowisko: Vatra Dornei, rumuńską Krynicę. Besarabja posiada niewyzyskiwane aż do końca wojny wybrzeże, morskie i słone jeziora przybrzeżne, osobliwość morza Czarnego.

Dobrudża ma brzeg morski, budową bardzo zbliżony do naszego bałtyckiego, lecz tylko bez lasów. Sama stara Rumunja ma część wybrzeża (reszta Dobrudży koło Konstancy), kilka stacyj klimatycznych w Karpatach południowych i szereg zdrojowisk podkarpackich (solanki i szczawy) sąsiadujących — jak i u nas — z obszarami naftowemi. Obalenie dawnych granic i ambicje wielkopaństwowe nowej Rumunji skierowały główną uwagę rządu i społeczeństwa na najwyższe regjony Karpat (dawna granica) i wybrzeże morskie, na uporządkowanie i ujednostajnienie ustawodawstwa i administracji uzdrowisk oraz na rozwój nauki balneoklimatycznej rumuńskiej. Usiłowania te mieliśmy sposobność śledzić w publikacjach nam doręczonych, rozmowach z lekarzami, na wycieczkach i na wysta-

wie uzdrojowiskowej, która w wykresach, tablicach, fotografjach i modelach ukazała nam mnóstwo pouczającego materjału.

Gospodarka uzdrowiskowa stoi pod kontrolą Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Ministrem jest lekarz. Organem dozorującym jest podległy mu generalny inspektorat balneoklimatyczny pod kierownictwem lekarza. Tok prac regulowany jest przez prawo o uzdrowiskach, wydane w r. 1926. Czynnik obywatelskiej współpracy reprezentowany jest przez Towarzystwo hydrologji i klimatologji lekarskiej, założone w r. 1922. Praca naukowa i specjalizacja lekarzyześrodkowane są w uniwersyteckim Instytucie hydrologji i klimatologji lek. w Bukareszcie. W Rumunji specjalizacja lekarska jest skodyfikowana od r. 1927. Wymagany jest rok studjów lekarskich i teza na piśmie.

Inspektorat czuwa nad organizacją uzdrowisk, zarządza uzdrowiskami państwowemi (dosyć licznemi), dozoruje zakłady fizjoterapeutyczne w uzdrowiskach i po miastach, gromadzi daty statystyczne, prowadzi kontrolę stacji meteorologicznych w uzdrowiskach, przechowuje mapy okolic uzdrowiskowych i plany zabudowy, przestrzega ustawy o lichwie i spekulacji w uzdrowiskach i t. d. Inspektorat posiada biuro lekarskie, techniczne i administracyjne. Jako organ doradczy i opinjodawczy funkcjonuje Państwowa Rada Uzdrowiskowa, złożona z 16 członków, zwoływana od wypadku do wypadku.

Towarzystwo hydrologji i klimatologji lekarskiej jest na mocy uchwały parlamentu osobą prawną, składa się z członków naukowych (lekarze, chemicy, geologowie, architekci, inżynierowie i prawnicy) oraz ekonomicznych, zsyndykalizowanych (właściciele i dzierżawcy uzdrowisk, hotelarze, związki producentów i t. d.). Towarzystwo dzieli się na sekcje: lekarsko-zdrojowiskową, talassoterapji, chemiczno-zdrojową, techniczną, rozjemczą, propagandy, syndykat wód mineralnych rodzimych i syndykat zakładów leczniczych. Koszty pokrywają oba syndykaty. Towarzystwo zwołuje corocznie dwa zjazdy: naukowy w maju i gospodarczy w październiku. Omawia się na nich prace sekcyjne, postulaty uzdrowisk, sprawozdania z sezonów leczniczych i t. p. Do agend Tow. należy inicjatywa w zakładaniu nowych uzdrowisk lub dźwiganiu zaniedbanych, organizowanie objazdów lekarskich i technicznych po uzdrowiskach, kontrola reklamy, współdziałanie z towarzystwami turystycznemi (najsilniejsze są tow. saskie w Siedmiogrodzie, ostoja niemczyzny!), współdziałanie z gen. inspektoratem i kontakt z instytutem uniwersyteckim w sprawach badania wód mineralnych, ustalania wskazań leczniczych i specjalizacji uzdrowisk, badania miejsc leczniczych niewyzyskanych i t. d.

Towarzystwo wydaje od r. 1921 kwartalnik naukowy i od r. 1926 pismo gospodarczo-propagandowe (latem jako dwutygodnik, zimą miesięcznik), wyznacza nagrody pieniężne za najlepsze prace naukowe, lekarskie i przyrodnicze (zagadnienia klimatu, biologja jezior słonych, geologja źródeł etc.), gromadzi bibljotekę, muzealne zbiory i prowadzi biuro informacyjne.

Bardzo charakterystyczne są postanowienia ustawy uzdrowiskowej. Zaznaczają się w niej poglądy, które i gdzieindziej nurtują ale np. w polskiej ustawie nie znalazły echa. Oto główniejsze postanowienia: Wszystkie uzdrowiska są przedsiębiorstwami użyteczności publicznej. Dzieli się je na 3 grupy, a to: uzdrowiska wielkie (ponad 500 gości; wielkie wymogi co do urządzeń, prowadzenia, planów zabudowy, pracowni, urządzeń izolacyjnych), uzdrowiska lokalne (wymagania małe) i zdroje wód wysyłkowych (wymogi: plan ujęcia źródeł, urządzeń techn. do napełniania, rozbiory wód, rejon ochronny, sanitarny i górniczy). Wedle wzoru francuskiego mają rozbiory wód być dokonywane co 5 lat. Sztuczne wody wolno wytwarzać tylko jako stołowe. „Uszlachetnianie" dozwolone jest tylko dla wód przeczyszczających (Rumuni mają tylko wody słonogorzkie, tak jak my). Wody zagraniczne mogą być dopuszczane tylko ściśle rodzime, lecznicze. Żądane są dowody rodzimości oraz oceny ściśle naukowe przed dopuszczeniem. Na otwarcie uzdrowiska potrzebna jest koncesja Ministerstwa Zdrowia po wysłuchaniu opinji Państwowej Rady Uzdrowiskowej. Roboty publiczne w uzdrowiskach stoją pod kontrolą Gen. Inspektoratu. Już istniejące uzdrowiska muszą dopełnić swe urządzenia (w myśl ustawy) do roku 1935. Mułów leczniczych wywozić nie wolno (inaczej niż w Czechach). Inspektor gen. czuwa nad racjonalną gospodarką mułową (wymogi higjeny, odnowy i biologii mułów). W uzdrowiskach większych lecznictwo stoi pod kierownictwem miejscowej rady lekarskiej. Przewodniczy jej dyrektor lekarski, którego nominacja podlega zatwierdzeniu Ministra Zdrowia. Może nim być tylko specjalista, mający za sobą przynajmniej pięć lat praktyki uzdrowiskowej. Do rady należą wszyscy lekarze, którzy obowiązani są prowadzić zapiski lekarskie i służyć niemi do celów naukowych i statystycznych. Nadzór sanitarny spełnia osobny lekarz, za wynagrodzeniem. Administrację prowadzi dyrektor z wykształceniem technicznem. Komisja uzdrowiskowa ma podobny zakres działania jak u nas. Każde, nawet najmniejsze uzdrowisko musi mieć lekarza sezonowego (całkiem małe — niespecjalistę). Żadnych zabiegów nie wolno wydawać bez przepisu lekarskiego. Do wykonywania praktyki w uzdrowisku ponad 500 kuracjuszy wymagana jest specjalizacja w Instytucie uniwersyteckim lub tytuł specjalisty w jakimkolwiek zakresie klinicznym, wchodzącym w obręb lecznictwa w tem uzdrowisku. Osobna komisja przejściowa ustala uprawnienia do praktyki dotychczasowych balneologów i umieszcza ich w oficjalnym spisie. Prawo praktyki wygasa z ukończeniem 68 roku życia. W uzdrowiskach obowiązuje numerus clausus lekarzy. Wykroczenia przeciw deontologji lekarskiej rozpatruje rada lekarska uzdrowiska, w razie odwołania, Komisja dyscyplinarna lekarska przy Min. Zdrowia. Wszelkie ogłoszenia uzdrowiska muszą mieć aprobatę rady lekarskiej, w razie nieporozumienia rozstrzyga Gen. Inspektorat. W ogłoszeniach kąpiele gazowane i wogóle sztuczne mają być wyraźnie jako takie wymieniane.

Z przepisów tych przebija dążenie do dźwignięcia lecznictwa uzdrowiskowego na jaknajwyższy poziom przez utworzenie rad naukowych i surowe wymogi specjalizacji. W zamian za te nałożone obowiązki bierze ustawa w obronę byt materjalny lekarzy, zakazując leczenia bez lekarza i ograniczając liczbę lekarzy. Jeśli gdzie, to w uzdrowisku, które jest pewnego rodzaju lecznicą, obliczenie ilości potrzebnych lekarzy jest łatwe wedle ilości pomieszczeń. Postulatom tym dałem też wyraz w moim podręczniku Klimatologji i Hydrologji (r. 1923). Jakże inaczej jest jeszcze dziś u nas, gdzie o kwalifikacje nawet w największych uzdrowiskach nikt lekarza nie pyta, a w Krynicy w r. b. usiłuje praktykować aż 70 lekarzy! Rumuńska ustawa przewiduje też oznaczanie liczby lekarzy przez gen. inspektorat po wysłuchaniu Państw. Rady Uzdrowiskowej, a więc nie na podstawie opinji lekarzy miejscowych, aby zapobiec objawom sobkostwa.

Całą tę budowę wieńczy organizacja nauki ścisłej. Narazie posiada Rumunja jeden Instytut Klimatologji i Hydrologji lekarskiej przy Klinice Terapeutycznej prof. Theohari w Bukareszcie. Instytut ten będzie przy rozbudowie klinik (która już się rozpoczęła) wyodrębniony pod osobnem kierownictwem. Równocześnie powstanie drugi instytut przy uniwersytecie w Cluj (czyt. Kluż, dawniej Koloszwar) w Siedmiogrodzie jako dzielnicy najbogatszej w uzdrowiska. Rząd przygotowuje też obsadę tych placówek, nadając stanowiska dyrektorów lekarskich w największych uzdrowiskach wybitniejszym docentom (z zakresu interny, pedjatrji i chirurgji konserwatywnej) aby wybrać z nich potem siły najbardziej twórcze i praktycznie wrobione. Rząd zapewnia też tym instytutom współdziałanie Akademji Umiejętności oraz państwowych instytutów: geologji, meterologji i geografji. Instytut prof. Theohari wydaje oficjalny swój biuletyn (od r. 1924) ze streszczeniami prac w języku francuskim. Mieszczą się w nim prace profesora i asystentów, tezy doktorskie i specjalizacyjne oraz prace przyrodnicze w związku z przyrodolecznictwem. Biuletyn wychodzi kosztem rządu w pięknej szacie. Odnosi się wrażenie, że zakłady naukowe przyrodnicze zostały bardzo silnie wprzągnięte w badania z zakresu przyrodolecznictwa aby wszelkim poczynaniom praktycznym dać solidną podstawę. Świadczą o tem także niezliczone wykresy, mapy geologiczne i klimatyczne oraz publikacje wyłożone na wystawie uzdrowiskowej.

Ta tak pięknie zorganizowana i energicznie prowadzona praca pozwoliła też Rumunom wystąpić na zjeździe w charakterze nietylko bardzo gościnnych gospodarzy ale także i wybitnych współpracowników. Chociaż talassoterapja (lecznictwo nadmorskie) jest w Rumunji bardzo młode, a zjazd był silnie obesłany przez Francuzów, Włochów i Belgów, mających stuletnią już praktykę za sobą, Rumuni stawili trzech prelegentów. Wykłady programowe doręczono nam drukowane w księdze o 320 stronicach. O leczeniu choroby Pott'a mówili Sorrelowie z Berck-Plage, Delchef (Bruksela), Doc. Dr. Dona z Tekirghiol (Morze Czarne), Armand-Delille (Paryż; powikłania płucne), Prof. Manicatide (Jassy-Konstanca; bilans wapna i fosforu przy talassoterapji), Prof. Balacesco (Bukareszt; leczenie chirurgiczne). Osobno wręczono nam archiwalną pracę, dokonaną pod nadzorem Prof. Theohari przez jego asystentów w czasie sezonu leczniczego w Tekirghiol (wyniki lecznicze z uwzględnieniem hematologji, wskaźnika opsoninowego odczynu Biernackiego, bilansu wapna i cholesteryny), dalej źródłową pracę z licznemi mapami klimatu wybrzeża Dobrudży i biologję słonego jeziora Tekirghiol.

Te słone jeziora, towarzyszące brzegowi Morza Czarnego, od Morza Azowskiego aż po wybrzeże tureckie, stanowią bogactwa, na które balneologowie rosyjscy i rumuńscy baczną zwracają uwagę. Wielkość ich jest różna, od małej sadzawki do tafli wodnej tysiąc hektarów mierzącej jak n. p. jezioro Tekirghiol opodal Konstancy, oddzielone wąskim pasem lądu od morza. Woda tych jezior jest dwa razy silniej zasolona od morskiej i latem stale

o kilka stopni cieplejsza, dno pokrywa muł czarniawy, silnie zasadowo oddziałujący, przesycony przegniłemi resztkami fauny jeziornej. Muł ten dobywa się do celów kąpielowych; pozatem są otwarte kąpiele wprost w jeziorze. Wybrzeże posiada ponadto gdzieniegdzie cieplice (jak n. p. Mangalia), tak, że rozmaitość czynników leczniczych jest wielka. Zato plaża nadmorska jest dość wąska i kamienista, najlepsza u brzegu besarabskiego. Sezon kąpielowy morski jest dość krótki bo od początku czerwca do początku września. Przypływ i odpływ morza jest bardzo mały, podobnie jak na Bałtyku, zasolenie większe (1.7% wobec 0.9 u naszego brzegu) zawsze jednak dalekie od atlantyckiego 3.6%). Najdalej posunięta jest organizacja kąpielisk koło Konstancy, rozpoczęta jeszcze przed wojną. Plaże kąpielowe zaczynają się w odległości 3 km w linji powietrznej od portu i miasta. Kolej nadbrzeżna rozwozi kuracjuszów i materjały budowlane. Mokradła i malutkie jeziorka zalano ropą naftową dla zniszczenia komarów i obecnie się zasypuje ziemią. Nędzna wegetacja wogóle i szczególnie brak drzew ujmuje dużo uroku temu wybrzeżu. Port w Konstancy jest niewielki i całkiem odosobniony od kąpielisk. Rumunja mająca dwa porty na dolnym Dunaju, dostępne dla okrętów morskich (Galacz i Braila), a leżące w głębi dzisiejszego swego terytorjum, nie zamierza rozszerzać portu w Konstancy. Stąd kolizji między rozwojem portu a kąpielisk niema. Całorocznie korzysta z klimatu nadmorskiego obecnie tylko lecznica Tow. Przeciwgruźliczego, pomieszczona w murowanych budynkach, typu szpitalnego, centralnie ogrzewanych. W budowie są w Tekirghiol lecznice: wojskowa, kolejarzy i Kas Chorych; w Besarabji rozwija się kąpielisko Budaki z ogromną plażą i lecznicą dziecięcą. Wszędzie buduje się dużo will prywatnych, w tem dużo należy do członków domu królewskiego jako letnie rezydencje. Klimat zimowy jest ostry, zima burzliwa. Z końcem maja nie zastaliśmy jeszcze nigdzie prywatnych kuracjuszów.

Nie było ich także w przepięknej Sinai, letniej górskiej rezydencji wytwornego społeczeństwa, której wybrzeże morskie robi obecnie silną konkurencję. Rozplanowanie jej jest wzorowe; osobno leży małe miasto, osobno kolonja lecznic, osobno dzielnica zbytkowa pałacyków i luksusowych hoteli, a osobno, w ogromnym parku, szereg pałaców dworskich.

W kasynie istnieje dom gry, ściągający dużo graczy i dający uzdrowisku duże podatki. Mówi się o tem jednak z pewnem zrozumiałem, zakłopotaniem. Tak Sinaia, jak i inne stacje górskie ściągają dużo obcych, głównie z Małej Azji, Egiptu i Grecji. Ułatwieniem wielkiem jest rozpowszechnienie języka francuskiego w Rumunji i tamtych krajach. Pobyt, tak nad morzem jak i w górach, jest dosyć drogi, okres taniości minął z ustabilizowaniem waluty.

Zdrojowisk posiada Rumunja dużo. Doliczyłem się 15 wielkich z pełnym komfortem, a 76 małych, z tych większość o lokalnem znaczeniu. Siedmiogród obfituje w cieplice solankowo-siarczane, z tego 3 wielkie zakłady; solanek stężonych (zdroje i jeziora) jest w użyciu dwadzieścia, rozcieńczonych piętnaście, solanek alkalicznych 7, szczaw alkalicz. 4, alkaliczno-żelazistych 10, siarczanek zimnych 7. Zdrojów wód wysyłkowych eksploatuje się 16. Cieplic ogółem jest 12. Uzdrowisk górskich klimatycznych jedenaście, nie licząc letnisk. Jak na kraj mniejszy i mniej ludny jak Polska jest to bardzo dużo. Mimoto jeszcze pewien odsetek sfer bogatych jeździ za granicę, głównie do zdrojowisk francuskich. Ochrona paszportowa jest dużo niższa niż u nas i mimo tak starannej opieki rządu nad uzdrowiskami, nie mówi się o jej podniesieniu. Rumuni pewni są przyszłości swych uzdrowisk wobec konkurencji obcej, a broń swą widzą w doskonaleniu lecznictwa krajowego a nie w zarządzeniach prohibicyjnych.

Delegacja polska była bardzo nieliczna, wszystkiego 6 osób, ale była jedyną grupą słowiańską. Czesi zapowiedzieli się, ale nie przybyli. Witano nas wszędzie z wielką serdecznością i podkreślano przyjaźń obu krajów w bardzo ciepłych przemówieniach. Wogóle przemówień było bez liku. Połowę pierwszego dnia Kongresu zapełniono uroczystością otwarcia t. j. kilkudziesięciu przemówieniami. Gadatliwość rasy łacińskiej święciła triumfy. Mówiono też dużo o braterstwie łacińskiem, prym wiedli i ton nadawali Francuzi, natomiast Włosi zrobili wyłom w zwyczajach międzynarodowych i mowy okolicznościowe wygłaszali nie po francusku lecz po włosku. Do międzynarodowej asocjacji talassoterapeutycznej należą prawie wszystkie narody, mające wybrzeża morskie z wyjątkiem Niemiec, Holandji i Rosji, natomiast ze śródlądową Szwajcarją i Czechosłowacją. Na 30 państw należących jest 16 romańskich, europejskich i południowo-amerykańskich. Następny Kongres odbędzie się w Berck-Plage (Francja); w dalszej sekwencji przyjdzie kolej i na Polskę i trzeba abyśmy mogli dobrze się przedstawić.

OCENY.

Pierre Duval — J. Ch. Roux — Henri Béclère: *Radiologie clinique du Tube Digestif. Estomac — Duodénum*. Masson et Cie. 1927.

Książka ta stanowiąca pierwszy tom radiologji klinicznej przewodu pokarmowego, obejmuje prawidłowy i patologiczny obraz rentgenowski żołądka i dwunastnicy. Wydana w formie atlasu, który najlepiej nadaje się do przedstawienia tego tematu, i ilustrowana 400 obrazami rentgenowskiemi i licznemi rysunkami schematycznemi przedstawia się bardzo okazale. Każdy obraz rentgenowski objaśniają schematyczne szkice i zwięzły lecz wyczerpujący opis ważniejszych klinicznych objawów i przebiegu danego schorzenia. Prawie wszystkie przypadki pochodzą z własnej obserwacji autorów i były kontrolowane bądźto przez zabiegi operacyjne bądźto przez wystarczająco długą obserwację kliniczną. Autorowie opracowali materjał w ten sposób, że nie opisują rozdziałami pojedyńczych schorzeń żołądka czy dwunastnicy, lecz przedstawiają rentgenogramy prawidłowych i chorobowo zmienionych przypadków, które z własnego bardzo bogatego materjału wybrali. Bardzo bogate doświadczenie autorów nie pozwoliły ominąć żadnego schorzenia i prawie żadnej nieprawidłowości w wyglądzie lub położeniu tych narządów. Wystarczy nadmienić, że tak rzadkie stosunkowo uchyłki i polipy żołądka ilustrują autorowie kilkoma zdjęciami. Zmianom w kształcie i położeniu żołądka wskutek bębnicy kiszkowej poświęcają autorowie 10 rysunków. Czteroma rentgenogramami objaśniają autorowie t. zw. żołądek kaskadowaty i t. d. Bardzo instruktywne są obrazy żołądka operowanego, objaśnione schematycznemi szkicami przedstawiającemi zabiegi operacyjne i tłumaczącemi zmiany i zaburzenia wywołane przez te zabiegi w kształcie i czynności żołądka

Kliniczna kontrola rozpoznań rentgenowskich i wspólne opracowanie tematu przez chirurga, internistę i rentgenologa, oświetlające wielostronnie objawy chorobowe czynią z tej książki prawdziwą kliniczną radiologję chorób żołądka i dwunastnicy. W sposób bardzo wyczerpujący opracowali autorowie schorzenia dwunastnicy. Wiele postaci chorobowych jak *periduodenitis supra i inframesocolica* zostały wogóle poraz pierwszy przez autorów rentgenologicznie opracowane. Schorzenia te stosunkowo mało znane w literaturze niemieckiej są tu dokładnie i wielostronnie przedstawione.

Całość wydana bardzo starannie. Tekst i rysunki drukowane na kredowym papierze. Przejrzyste rozdzielenie materjału i dokładny spis rzeczy ułatwiają orjentację. Książka ta stanowi cenny nabytek nie tylko dla specjalisty - rentgenologa lecz dla każdego zajmującego się patologją tych narządów i interesującego się interpretacją obrazów rentgenowskich żołądka i dwunastnicy.

E. Meisels (Lwów).

Weill et Mouriquand: *Précis de Médecine Infantile*. 4-me Edition — 1928. Collection Testut — G. Doin et Cie Editeurs.

Czwarte pośmiertne wydanie znanego podręcznika Prof. Weill'a z Lyon'u, dokonane przez jego długoletniego współpracownika i następcę Prof. Mouriquand. Wydanie obecne zachowując ściśle układ poprzedni zostało całkowicie przejrzane i uzupełnione, dzięki czemu zawiera najnowsze zdobycze wiedzy lekarskiej, szczególniej w dziedzinie zapobiegania, rozpoznawania i lecznictwa.

W rozdziale o płonicy uwzględniono znaczenie odczynu Dick'a, objawu Schulz - Charltona, omówiono zapobiegawcze oraz lecznicze działanie surowicy ozdrowieńców, zato w kilku słowach zaledwie wspomniano o istnieniu surowicy swoistej bez podania jakichkolwiek danych krytycznych co do jej wartości lub osobistego doświadczenia w tym względzie. W rozdziale o błonicy wspomniano o metodzie Besredki zapobiegającej i usuwającej objawy anafilaktyczne, omówiono wielką wartość odczynu Schick'a w sprawie zapobiegania szerzeniu się epidemji w większych zbiorowiskach dzieci, a obok zapobiegawczej wartości surowicy swoistej podano metodę uodparniania czynnego zapomocą surowicy ozdrowieńców w odrze, podano zasady pobierania jej i stosowania praktycznego. Natomiast nie przyznaje autor żadnej wartości pod tym względem i słusznie — surowicy osobników, którzy kiedyś odrę przechodzili.

Specjalny rozdział poświęcono nauce o witaminach i schorzeniach wynikających z ich braku. W przedmiecie cukrzycy wieku dziecięcego dużo miejsca poświęcono praktycznemu zastosowaniu Insuliny w tej dotąd nieomal beznadziejnej chorobie dzieci, jej leczniczemu działaniu i metodzie zastosowania.

Rzecz całą czyta się łatwo i z zaciekawieniem, tylko szwankują rysunki, jak zwykle zresztą w tanich wydawnictwach francuskich. Polecić ją można każdemu, kogo interesuje współczesna wiedza francuska o klinice chorób dziecięcych. *T. Kopeć.*

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 19, z 28 czerwca 1928 r.: Z. Bychowski: Zagadnienia współczesnej organoterapji (dok.). — A. Landau, J. Glass, J. Held i J. Bauer: O wpływie podskórnego i śródskórnego wprowadzenia mleka na zachowanie się leukocytów u człowieka (Studja nad leukocytozą i leukopenją); — B. Konopacka: O przeszczepianiu ścięgien żywych i martwych (Streszcz. zbior.). — Z. Srebrny: Luźne uwagi o znieczulaniu miejscowem w laryngologji. — L. Rajchman: Działalność i zamierzenia Ligi Narodów a organizacja higjeny.

Kosmos, rocznik LII, 1927, zeszyt III—IV: M. Nowiński: Zespoły roślinne Puszczy Sandomierskiej. I. Zespoły roślinne torfowisk niskich pomiędzy Chodaczowem a Grodziskiem. — S. Tołpa: Analiza pyłkowa torfowiska w Janowie na Roztoczu. — J. Radomski: Notatki o niektórych rzadszych roślinach w powiecie niżańskim. — M. Koczwara: Thymus odoratissimus M. B. nowy składnik flory Polski. — M. Koczwara: Anabaena Scheremetievii Elenk. in der Cyanophyceen — Flora in Polen. — A. Wojciechowski: Badania nad rozwojem sieci ludzkiej. — W. Kulmatycki: O skróceniu szczeki dolnej u łososia dunajcowego. — J. W. Szulczewski: Zoocecidia Wielkopolski. X. B. Rosiński: Maori i Moriori. Charakterystyka antropologiczna. — S. Klimek: Studja nad kranjologją Azji północnej, środkowej i wschodniej. — S. Klimek: O czaszkach paleoazjatyckich i eskimoskich (Analiza statystyczna materjałów G. Montandowa). — G. Lempertówna: Przyczynki lwowskie do antropologji żydów. I. Studenci Uniwersytetu J. K. — H. Teisseyre: Budowa geologiczna brzegu karpackiego między Nadwórną a Delatynem. — Z. Weyberg: Kilka uwag o izomorfijnych kryształach mieszanych. — J. Kuraś: Przyczynek do znajomości istoty kryształów mieszanych. — M. Kamieński: Tufy wulkaniczne w Berestowcu. — H. Arctowski: O wpływie księżyca na przebieg dzienny ciśnienia atmosferycznego w Campa Rodrigues. — S. Zych i A. Tabor: Wyniki pomiarów geotermicznych w szybie Tesp. IV w Kałuszu. — E. Stenz: Charakter klimatyczny Zaleszczyk w świetle zapisków klimatologicznych z XIX wieku. — J. Moniak: Wahania temperatury na obszarze północnego Atlantyku w latach 1910—1919. — W. Niesiołowski: Uwagi nad pracą J. Prüffera „Studja nad motylami Tatr polskich".

Nowiny lekarskie, rok XL, zesz. 13, z 1 lipca 1928: J. Wierzejewski: Stopa koślawo-płaska czyli t. zw. płaskostóp. — K. Wróblewski: O gruźlicy krtani i sposobach jej leczenia w świetle badań lat ostatnich. — E. Exelbirt: Coramina „Ciba" w chirurgicznej praktyce dziecięcej. — E. Piasecka-Zeylandowa: Zastosowanie hodowli prątków Kocha do celów diagnostycznych ze szczególnem uwzględnieniem Hohna. — H. Beck: Stanowisko położnika i ginekologa wobec obowiązujących ustaw.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok II, nr. 13, z 1 lipca 1928 r.: Od redakcji. — W. Chodźko: Istota i metody higjeny społecznej. — W. Jeżewski: W obronie ustawy. — W. Grzywo-Dąbrowski: Regularność a samobójstwo u kobiet. — W. Jeżewski: Ustalenie tytułu. — D-W-ch: Włośnica świń w Polsce. — M. Kościesza: Cudowne leki. — Medycyna społeczna zagranicą. — Z Kas chorych. — W. Judym: Bez zmiany. — J. Bujalski: Z Izb lekarskich. — Z organizacyj lekarskich.

Gruźlica, rok III, nr. 3, za maj i czerwiec 1928 r.:Zeszyt poświęcony III-mu Ogólno-Krajowemu Zjazdowi przeciwgruźliczemu w Poznaniu zawiera: K. Dąbrowski i W. Sobocińska: Wyniki leczenia gruźlicy płuc antygenem metylowym Boquet'a i Négre'a. — K. Dąbrowski i J. Bałukiewiczówna: Przypadek rzekomo-gruźliczej postaci kiły płuc. — S. Sterling-Okuniewski: Odczyn skórny na działanie przesączu gruźliczego u chorych na gruźlicę. — Nadzwyczajne posiedzenie w sprawie szczepień ochronnych metodą prof. Calmette'a. — Nekrolog ś. p. Dr. Władysława Janowskiego. — Gruźlica według rocznika statystyki polskiej 1927. — Bibljografja prac polskich z zakresu gruźlicy ogłoszonych w 1927 roku.

Nowiny lekarskie, rocznik XL, zeszyt 11, z 1 czerwca 1928 r.: B. Dylewski: Uwagi o błonicy ucha środkowego z podaniem własnego przypadku. — Z. Dziembowski: Nowotwory jelita grubego. — E. Łotocki: Kilka uwag w sprawie techniki stosowania odmy sztucznej. — A. Krasucki: Leczenie biegunek szczawiem końskim i żywokostem. — A. Wrzosek: Niezwykłe uznanie ze strony obcego uczonego dla organizacji studjów historji i filozofji medycyny w uniwersytetach polskich. — A. Kozieradzki: Pamiętnik prowincjonalnego lekarza (wydał A. Wrzosek), (c. d.).

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 27, z 1 lipca 1928 r.: M. Gatty-Kostel i P. Derlatka: Ocena wartości sporyszu i wyciągu sporyszowego według farmakopei niemieckiej D. A. B. VI. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości weterynarskie, rok X, nr. 95, za czerwiec 1928 r.: L. Ejsmont: Kwestja cyklu rozwojowego tasiemca Mesocestoides lineatus (Goeze). — M. Marczewski: Walka z chorobami drobiu w Stan. Zjedn. A. P. — A. Mackiewicz: Stan sanitarno-weterynaryjny Paryża w cyfrach.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVII, nr. 6, z 1 lipca 1928: Wł. Podsoński: O siarce i kąpielach siarczanych.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok 1928, nr. 7: J. Kubiak: Współpraca Kas chorych z inspekcją pracy. — H. Kłuszyński: Ustawa o zakładach leczniczych. — M. Baumgart: Sądownictwo w zakresie ubezpieczeń społecznych. — Z. M.: Związki Kas chorych i urzędy. — E. Modliński: Zmiany w ubezpieczeniu wypadkowem. — P. Dziurzyński: Rozwój ubezpieczenia na wypadek braku pracy w Polsce.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Casop. lék. česk.

R. LXVII., 1. 24/1928

Doc. Dr. Josef Podlaha: *Diagnostyczne znaczenie bólu w ramieniu w chorobach o ostrym przebiegu.* Bóle promieniujące do ramienia oraz bóle wywołane uciskiem na phrenicus są zdaniem autora bardzo cenną wskazówką rozpoznawczą w ostrych stanach chorobowych odbywających się w brzuchu i klatce piersiowej. Najczęściej towarzyszą perforacji wrzodów żołądkowo-dwunastnicowych. Silny ból promieniujący do ramienia powstaje przy nagłem pęknięciu w przestrzeni nad mesocolon (perforatio ulc. peptici, ruptura hepatis et lienis, pleuritis diaphragmatica, phlegmona retroperitonealis). Uciskowy ból na phrenicus występuje przeważnie w procesach podostrych na dolnej powierzchni przepony (cholecystitis, cholelithiasis, nephrolithiasis, pylephlebitis). Ból promieniujący do ramienia mogą wywołać jedynie silne podrażnienia otrzewnowej lub opłucnowej powierzchni przepony, podrażnienia mechaniczne, chemiczne i zapalne. Głębokie oddechanie i zmiana położenia chorego przy peritonitis supramesolica potęgują ból w ramieniu.

Na klinice chirurgicznej prof. Petrivalskiego obserwowano ból w ramieniu na 19 przypadków wrzodów peptycznych 14 razy. Przebicie wrzodu dwunastnicowego wywołuje ból prawidłowo w prawem ramieniu, żołądkowego zaś w lewem. Jeżeli w kilka dni po operacji powtarza się ból promieniujący do ramienia — jest to zdaniem autora oznaką nagłego powtórzenia się procesu zapalnego. Na 15 ruptur wątroby wystąpił ból w ramieniu w 6 przypadkach. Na 3 flegmony żołądkowe zaobserwował autor ból w ramieniu w 1 przypadku. Przy pleuritis diaphragmatica ból w ramieniu opanowuje obraz chorobowy i trwa bardzo długo. Ból w ramieniu pozwoli nieraz praktykowi na rozpoznanie, chirurgowi zaś oznacza miejsce cięcia brzusznego. Główne zaś znaczenie bólu w ramieniu istnieje przy przebiciu wrzodów peptycznych.

Dr. Borovanská-Felklová: *Przypadek rodzinnej anaemia perniciosa.* U trzech braci jednej rodziny obserwowała autorka objawy świadczące o rodzinnem obciążeniu syndromem anaemia pernic. Prawdopodobnie rozchodzi się tu o wrodzoną, ukrytą słabość aparatu krwiotwórczego z tendencją do obrazu zgubnej anaemii. Słabość ta wychodzi na jaw, jeżeli się dołącza jakiś czynnik zewnętrzny czy to ca. ventriculi u pierwszego, czy to operacja przepukliny u drugiego brata. Trzeci brat jest w stanie latencji i ma wszelkie objawy konieczne dla rozpoznania anaemia perniciosa t. j. oligocythaemia, makrocyty hyperchrom, leukopenia, limfocytoza, thrombopenia, achylia i urobilinogenurja. Charakter tej anaemii jest kryptogeniczny.

Dr. Richard Würz: *Iontophoreza w okulistyce.* Na klinice okulistycznej w Bernie leczono jontoforezą 12 przypadków. Dobre wyniki osiągnięto przy infekcyjnych i troficznych schorzeniach rogówki (ulcus serpens, keratitis dendritica, herpes corneae), podczas gdy stare zmętnienie rogówki pozostaje bez jakiegokolwiek efektu leczniczego. Technika jontoforezy prosta. Znieczulenie oka

kokainą (niczem innem), przepłukanie spojówek wodą destylowaną. Pacjent siedzi z głową opartą o tył krzesła. Elektroda obojętna na grzbiecie przywiązana. Powieki rozwiera się 2-ma palcami. Przyłożenie drugiej elektrody na chorą część oka. Powolne wprowadzenie prądu (dla rogówki 2 miliamp.). Kontrola milliampermetru i wysuszanie oka watą od łez, które osłabiają działanie prądu z powodu wytwarzania się chlorków. Po jontoforezie ponowne wypłukanie oka destyl. wodą, atropina i lekki opatrunek oka na 6—8 godzin. Na źródło prądu nadają się najlepiej baterje i akumulatory. Elektrody są używane albo Wirtza, Birkhäusera lub Stockera.

l. 23/1928.

Dr. Ferdinand Vach: *Urazowe zapalenia wyrostka robaczkowego.* W ostatnich czasach staje lekarz dosyć często przed pytaniem, czy powstaje możliwość zapalenia wyrostka robaczkowego po urazie, ponieważ chorzy zwyczajnie żądają odszkodowania. Teoretycznie kwestja ta mimo istniejącej obszernej już literatury nie jest do dnia dzisiejszego rozwiązana. Praktycznie jednak należy uznać możliwość urazowego zapalenia wyrostka robaczkowego. U pierwotnego bowiem zapalenia takiego chodzi o zranienie ściany wyrostka — według doświadczeń Aschoffa i przy bardzo znikomem zranieniu powstaje w ciągu 6 godzin appendicitis ulcerosa — ale klinicznie przedstawia się ono jako ostry proces zapalny. Przy ocenianiu urazowego zapalenia wyrostka robaczkowego trzeba pamiętać o tem:

1) czy miał miejsce faktycznie uraz, który zadziałał bezpośrednio na ścianę brzuszną i czy zostawił po sobie jakieś widoczne znaki na skórze a głównie jak się przedstawiały stosunki w czasie operacji. Jeżeli uraz zadziałał tylko pośrednio to można brać pod uwagę tylko ciężką pracę lub pracę, której poszkodowany zwyczajnie nie wykonuje.

2) Objawy ostrego zapalenia powinny wystąpić wnet po urazie, jakkolwiek w spokoju i przez leczenie mogą na kilka godzin a nawet 1—2 dni ustąpić, by potem jeszcze gwałtowniej dać się choremu we znaki. Jeżeli zaś między urazem a początkiem pierwszych objawów chorobowych mija kilka dni a chory przez ten czas wykonuje zwyczajne zajęcie należy wpływ urazu na powstanie choroby stanowczo odrzucić.

l. 22/1928.

Dr. Pavel Slanina: *Znaczenie diastasy w moczu i we krwi przy wrzodach żołądkowych i dwunastnicowych.* Opierając się o znane doświadczenie chirurgiczne, że około w $^1/_3$ części przypadków wrzodu żołądka lub dwunastnicy proces zapalny szerzy się do okolicy a tem samem do trzustki, dochodzi autor do przekonania, że funkcja trzustki musi w takich stanach być uszkodzona. Uszkodzenie to objawia się zwyższoną produkcją diastasy, której wartości we krwi i w moczu podnoszą się w tym stanie znacznie. Trzustka jest organem, który produkuje najwięcej diastazy. W przypadkach wątpliwych pod względem djagnostycznym, jeżeli trzeba rozpoznawać między cholecystitis chronica a ulcus duodeni, większa ilość diastasy w moczu i we krwi potwierdza rozpoznanie wrzodu. Ciężkie żółtaczki, wykazujące większą ilość diastasy, mają w swej etiologji zaburzenia trzustki. W końcu wartości diastasy przy wrzodzie żołądka lub dwunastnicy są tego rodzaju, że pozwalają na przypuszczenie istnienia pewnego związku z trzustką. Diastazę w moczu wykazuje się najwygodniej metodą Makensie-Wallisa a we krwi metodą Robertsa i Detmera. Normalnie jest w moczu 20 jednostek, we krwi 3—5 jedn. diastasy. W stanach, w których przed operacją znaleziono wartości kilka aż kilkadziesiąt razy większe, stwierdzono w czasie operacji mniejsze lub większe uszkodzenie trzustki. Autor przeprowadził pozatem cały szereg badań diastazy w różnych stanach chorobowych trzustki i jej organów sąsiednich i wszystkie te badania zezwoliły na twierdzenie wyżej wysłowione.

l. 21/1928.

Dr. B. Stanojewić, z I klin. wewn. prof. Ignjatovského: *Kliniczne studjum o działaniu soku cytrynowego.* W bardzo obszernej i dokładnej pracy tak pod względem czysto doświadczalnym jakoteż klinicznym autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Sok cytrynowy zwyższa sekrecję i kwasotę żołądka zarówno u ludzi normalnych jakoteż i w hyp- i hyperaciditas.

2) Wstrzykiwanie soku cytrynowego per sondam wywołuje podwyższoną sekrecję dwunastnicową. Równe działanie posiada też podawanie soku cytrynowego per os u ludzi prawidłowych jakoteż cierpiących żółtaczkę oraz w doświadczeniu u psów.

3) Cytryna ma wybitne działanie moczopędne, które jest większe w czasie icterus. W tym przypadku trwa ono jakiś czas nawet po przerwaniu kuracji cytrynowej.

4) Ciężar swoisty moczu spada w stosunku do zwiększonej diurezy. Spada też wydzielanie chlorków ale podnosi się wydzielanie mocznika. Mocz dostaje odczyn zasadowy.

5) Przy icterus catharrhalis ma podawanie cytryny wybitne działanie lecznicze. Barwiki żółciowe szybko znikają, mocz się wyjaśnia a stolec odzyskuje prawidłowe zabarwienie.

6) Chorzy znoszą to leczenie dobrze i nie występują żadne objawy zaburzeniowe ze strony przewodu pokarmowego. Należy podawać dziennie 5—7 cytryn.

Prof. Dr. Antić: *O jadowitości żółci.* Autor badając jadowitość żółci dwojakiego rodzaju doświadczeniami na zwierzętach ogłasza tezy, które się zasadniczo różnią od dotychczasowych pojęć i wiadomości o żółci, które podziela obecny świat lekarski. Praca jego różni się tak technicznie jak wynikami od znanych prac G. H. Rogera, który udowadniał że retencja żółci nie prowadzi do zaburzeń w organizmie z powodu jej jadowitości, lecz z powodu niedomogi funkcjonalnej miąższu wątroby. Pierwsza serja doświadczeń jest przeprowadzona żółcią A, t. j. uzyskaną punkcją vesica fellea w czasie operacji. Rezultaty pracy niniejszej dają się streścić w następujących punktach:

1) Ze 7 królików, którym wstrzyknięto żółć A, zginęło 6 bezpośrednio po zastrzyku. Najniższa śmiertelna dawka wynosiła 0,4 gr na 1 kg wagi królika. Dawka 0,23 gr na 1 kg wagi jest bez skutku.

2) U 2 królików użyto nie rozrzedzonej ale na pewien czas odstawionej żółci A w dawce 1,34 gr na 1 kg wagi. Ta żółć nie miała działania toksycznego.

3) 5 królików, którym wstrzyknięto żółć B, zginęło wnet po zastrzyku. Dawka śmiertelna wynosiło 0,4 gr na 1 kg wagi królika.

4) Nie rozrzedzona żółć B wstrzyknięta dożylnie dopiero na 3-ci dzień po jej uzyskaniu w dawce 0,68 gr na 1 kg wagi i ta sama żółć rozrzedzona 1 : 10 roztworem fizjologicznym wywołały jedynie lekkie, przemijające objawy drgawkowe.

5) Świeża żółć A wstrzyknięta psu w dawce 0,4 gr na 1 kg wagi nie wywołała żadnych objawów toksycznych.

6) Świeża żółć B w dawce 1,2 gr na 1 kg wagi wywołuje lekkie krótki czas trwające objawy.

7) Śmierć nastawała zawsze wśród tych samych objawów bez względu na rodzaj żółci użytej do badań. Główny objaw — drgawki. Nie było zatem różnicy między żółcią człowieka żółtaczkowego a człowieka cierpiącego na wrzód żołądkowy. Nie ma różnicy między żółcią wątroby zdrowej i chorej.

8) Toksyczność żółci jest dosyć wielka (9 razy większe od moczu).

9) Bouchard i Roger używali do swych prac żółci wołu i rozrzedzali przed wstrzykiwaniem — autor używał żółci ludzkiej, nierozrzedzonej.

10) Świeża żółć jest o wiele bardziej jadowita, niż stara.

Prof. K. Todorowić, Klinika chorób zakaźnych, Belgrad: *O wydzielaniu zarazków durowych mlekiem karmiącej.* Opis kilku przypadków duru brzusznego u kobiet karmiących pozwala autorowi stwierdzić, że znalezienie zarazków durowych w mleku chorych matek nie jest przypadkowym trafem, lecz owszem dowodem na możność wydzielania tychże mlekiem. Okoliczność, że można było zarazki duru wykazać w mleku już w 12 dniu choroby i że u oseska karmionego przez chorą matkę w 3 tygodniu jej choroby stwierdzono po śmierci typowe zmiany durowe w jelicie, utwierdza autora w przekonaniu, że wydzielanie bac. typhi mlekiem nastaje rychło. Twierdzenia innych autorów, że nabłonek gruczołów mlecznych przepuszcza tylko agglutininy, wydaje się niesłusznem.

Ref. *Dr. Gangel.*

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

I. Posiedzenie z dnia 27 stycznia 1928 r.

Posiedzenie odbyło się w sali wykładowej Kliniki chorób wewnętrznych. Przewodniczy Kol. Ziembicki, protokołuje w zastępstwie sekretarza kol. Goertz.

I. Kol. Falkiewicz Antoni przedstawił przypadek zaburzeń przedsionkowo-komorowych.

II. Kol. Sochański przedstawił a) przypadek twardziny skóry i b) przypadek nerwicy naczyniowej bez zmian martwiczych.

III. Kol. Szuperski i kol. Falkiewicz A. przedstawili przypadek limfadenozy subleukemicznej połączonej z nerwicą naczyniową typu Raynauda i mnogiem zapaleniem nerwów.

W dyskusji przemawiał kol. Rencki.

IV. Kol. Grek zdał sprawę z dalszego, nader pomyślnego przebiegu przypadku dawniej przedstawionego, ciężkiej niedokrwistości, leczonej wątrobą, nadto omówił dalsze przypadki w ten sposób leczone również z bardzo szybką poprawą.

V. Kol. Rencki przedstawia a) przypadek ziarnicy złośliwej i b) limfosarkomatozy typu Kundrata, gdzie proces wyszedł z migdałka.

W dyskusji przemawiał kol. Dobrzański.

VI. Kol. Tumidajski wygłosił odczyt: Rentgendjagnostyka schorzeń woreczka żółciowego. (Przeznaczone do druku).

II. Posiedzenie z dnia 3 lutego 1928 r.

Przewodniczy: Kol. Ziembicki.
Protokołuje Kol. St. Ostrowski.

Obecnych 56.

Przewodniczący przypomina konieczność nadsyłania przez prelegentów krótkich referatów do protokołu.

I. Kol. Hilarowicz przedstawia a) chorego z resekcją uda lewego w następstwie mięsaka, wychodzącego z kości, b) mięsaka kości ramieniowej z resekcją górnej części ramienia wraz z guzem i transplantacją kości strzałkowej c) raka w przełyku, leczonego radem po gastroskopji. Po usunięciu nastąpiła poprawa, umożliwiająca połykanie d) 7 preparatów po resekcji żołądka.

Dyskusja: Kol. Barącz uważa w przypadkach rozległego mięsaka miednicy i górnej części kości udowej amputację wysoką *(Amputatio interileoabdominalis)* jako bardziej racjonalną, aniżeli wyłuszczenie mięsaka z utrzymaniem kończyny z następujących powodów. Mięsaki te są bardzo złośliwe i łatwo po wyłuszczeniu ich pozostają nawroty choroby. Operacja wykonana przez Kol. Schramma wymagała drugiego zabiegu: wszczepienia w ubytek kości piszczelowej. Transplant taki nie zawsze się udaje. Natomiast *Exarticulatio interileoabdominalis* jest zabiegiem radykalniejszym, skraca znacznie leczenie i pewniej zapobiega nawrotom.

Kol. T. Ostrowski uważa, że w rakowatem zwężeniu przełyku po założeniu gastrostomji bywa poprawa, ponieważ nie drażni się przełyku. Efekt po radzie prawdopodobny.

Kol. Węgłowski mówi o leczeniu radem podobnych schorzeń bez gastrostomji z dobrym wynikiem.

Kol. Schramm sprzeciwia się poglądowi Kol. Barącza gdyż amputacja nie jest zabiegiem lżejszym, niż resekcja; amputację przeprowadza chyba w ostateczności. Co do leczenia radem raka w przełyku, to uważa je za najlepsze. Co do resekcji żołądka, to otwiera jamę brzuszną nawet w przypadkach ciężkich.

Kol. T. Ostrowski uważa, że resekcja stawu i miednicy była bardziej celowa, niż amputacja.

II. Kol. Janik omawia przypadek zwężenia przełyku silnego stopnia i sondowanie, po którem nie dało się wyjąć zgłębnika bez pomocy ezofagoskopji. Okazało się, że powstał węzeł.

III. Kol. Gruca przedstawia chorego z porażeniem gastrocnemius i pes calcaneus, o chodzie niepewnym, z leczeniem operacyjnem z przeprowadzeniem peroneus long. przez kanał kostny w kości piętowej.

IV. Kol. Lipiński omawia przypadki Anginy Plaut-Vincenta z owrzodzeniem dziąseł; chore były leczone arseno-benzolem z dobrym wynikiem.

Dyskusja: Kol. Tyszka podnosi na podstawie spostrzeżeń w woj. szpitalu, że niejednokrotnie rozpoznana dyfterja była anginą, Pl. V.; leczono ją również wlewaniami arsenobenzolu.

V. Kol. Musiał pokazuje 2 przypadki: a) 20-letniego chorego z gałką oczną wysuniętą nazewnątrz, operowanego z powodu zmiany wychodzącej z kości sitowej, b) 21-letniego chorego ze zmianą plamkową na siatkówce od 7 lat, od roku powstał guz, prawdopodobnie pochodzenia sarcomat. po operacji badanie hist. potwierdziło rozpoznanie.

VI. Kol. Tyszka przedstawia: Przepuklinę śródpiersiową przy odmie piersiowej jako następstwo zwiększonego ciśnienia. Klinika tutejsza ma 15% podobnych spostrzeżeń po odmie.

Dyskusja: Kol. Nowicki zapytuje się, czy były zrosty opłucnowe i po jakiej stronie, oraz, jak się zachowywał kręgosłup, zwłaszcza w górnej części piersiowej. Nazwy przepuklina śródpiersiowa nie uważa za odpowiednią, brak tu otworu przepuklinowego, lepiej mówić o wypukleniu się śródpiersia.

Kol. Węgrzynowski mówi o dość częstem powstawaniu wypukłości po odmach dzięki elastyczności śródpiersia. Mówca radzi nie dawać dużego ciśnienia, gdyż łatwo przyjść może do przesunięcia serca i do zapadu.

VII. Kol. Koskowski: Wspomnienie pośmiertne ku czci ś. p. Prof. Danysza.

VIII. Kol. Kuhn mówi o zwalczaniu specyfików i odczytuje proponowaną odezwę.

Dyskusja: Kol. Świtalski mówi o konieczności zwalczania specyfików ze względu choćby na chorych i radzi ze specyfików usunąć oryginalne opakowania.

Kol. Kielanowski zwraca uwagę na częste ogłoszenia w pismach codziennych i podnosi, że publiczność nieraz żąda od lekarza specyfików.

Kol. Węgrzynowski uważa, że walka ze specyfikami jest trudną, jednak powinno się zwalczać nadmierne zapisywanie przedewszystkiem specyfików zagranicznych.

Kol. Szumowski mówi o spisie specyfików polskich, który zawiera analogiczne preparaty z zagranicą. Komisja Przem. Tow. Lek. powinna zająć się uzupełnieniem specyfików ze Lwowa.

Kol. Ruebenbauer podnosi, że 80% specyfików jest pochodzenia zagranicznego, do ochrony naszych interesów jest powołany Rząd.

Sprawozdanie z III Zjazdu Towarzystwa Okulistów Polskich w Poznaniu 27, 28 i 29 kwietnia 1928 r.

(Ciąg dalszy).

II posiedzenie 27 kwietnia o godz. 15-tej.

Przewodniczący:
1) Prof. Majewski (Kraków).
2) Dr. Koszutski (Kalisz).
Sekretarze:
1) Doc. Dr. Melanowski (Warszawa).
2) Dr. Naróg (Lwów).

Dr. Jasiński (Poznań): Teoretyczne zagadnienia oftalmologji ze stanowiska fizyczno-chemicznej teorji.

Poznanie zasadniczych, ogólnych własności koloidów, wniknięcie w ich znaczenie biologiczne niewątpliwie w innym zupełnie świetle ukazuje nam zagadnienia teoretycznej oftalmologji, które rozważane były dotychczas wyłącznie pod kątem widzenia poszukiwań klinicznych i morfologicznych. Oprócz tego brak metody mikrofunkcjonalnej nie dawał możności zapoznania się z czynnością komórek, które są podstawą wszelkich zmian powstających w otaczającem je płynnem środowisku. Nowe prądy, które wnosi chemja koloidalna i fizyka molekularna muszą być uwzględnione i z tego wynika wniosek zasadniczy o poddaniu przewartościowaniu pewnych już skrystalizowanych poglądów w zakresie teoretycznej oftalmologji ze stanowiska fizyczno-chemicznej interpretacji zjawisk życiowych i głębszego ich ujęcia. Próby syntetycznego ujęcia i zestawienia koloido-chemicznych zjawisk w oftalmologji dokonał Jasiński w swem przemówieniu, poruszając szereg zagadnień z zakresu fizjologji (sprawa tworzenia się płynu śródocznego, rola jego w oku, sprawa odżywiania się tkanek ocznych) i patologji oka (pochodzenie zaćmy, jaskry, sprawy zapalne i t. d.).

Prof. Noiszewski podkreśla znaczenie badań przeprowadzonych przez Dra Jasińskiego. Co do powstawania tarczy zastoinowej jednak uważa mechaniczne działanie ucisku śródczaszkowego za jedyną przyczynę obrzęku tarczy. Stany zapalne nie mogą tu odgrywać roli.

W rozprawach zabierali głos: Zamenhof, Melanowski, Bednarski, Naróg.

Dr. Jasiński odpowiadając prof. Noiszewskiemu zaznacza, że obecnie przy rozważaniu zagadnień związanych z odbywaniem się procesów biologicznych i eksperymentowaniu nie możemy zadowolić się mechanistycznem ujęciem sprawy pochodzenia niektórych schorzeń oczu pomijając szereg właściwości tkanek, na które wskazała fizyczna chemja wzgl. chemja koloidów. Liczyć się również musimy z całym aparatem regulującym życiowe sprawy czynników. Dowodem popierającym taki pogląd służyć może klasyczny przykład Hamburgera, który pragnąc wywołać zmianę punktu zamarzania krwi wprowadzał znaczną ilość roztworu siarczanu sodu koniowi. Jednakże doświadczenie pozostało bez wyniku. Analogiczne doświadczenia podjęte przez Lebera, Melanowskiego i innych celem wywołania tarczy zastoinowej drogą zastrzyków podoponowych były bezowocne. Jest rzeczą zrozumiałą, że nie możemy liczyć na wynik dodatni eksperymentów, o ile sprawność fizjologiczna komórek i tkanek nie ulega żadnym zmianom.

Abramowicz i Grosman (Wilno): O zmianach fizyko-chemicznych cieczy wodnej i ciałka szklistego królika pod wpływem insuliny.

Ażeby wyjaśnić przyczyny wahania się ciśnienia wśródocznego pod wpływem zastrzyków insuliną, autorowie podjęli szereg badań polegających na zestawieniu metodą elektrometryczną stę-

żenia jonów H w płynie ocznym królika, któremu przedtem wstrzykiwano od 0,1 — 0,3 insuliny Branda. Autorowie wykonali 14 doświadczeń. Te dawki insuliny nie sprowadziły żadnych drgawek, powiększyły zaś ciśnienie wśródoczne. Oprócz małych wahań powyżej i poniżej normy nie można było stwierdzić żadnej zależności pomiędzy podniesieniem się ciśnienia i PH w płynie ocznym, które wynosiło średnio 7,8.

Abramowicz (Wilno): W sprawie współczesnych sposobów badania powikłań ocznych w cukrzycy.

Autor omawia ważność współczesnych metod badania zmian chorobowych oka, metod pozwalających częstokroć wyświetlić istotę powstawania powikłań ocznych w cukrzycy. Metodami temi są: fizykochemiczne badania płynów wśródgałkowych, a przedewszystkiem osmotycznego i PH, badania przedniego odcinka przy pomocy lampy szczelinowej i nakoniec określenia ciśnienia krwi w naczyniach ośrodkowych pozwalające różniczkować zapalenie siatkówki pochodzenia cukrzycowego od wtórnych zmian siatkówki na tle schorzenia nerek.

Rozprawy:

Schweig (Łódź): Jeszcze przed ogłoszeniem pracy Meesman'a zainicjowane przeze mnie badanie krwi na kwasowość, wzgl. zasadowość w przypadkach jaskry (przed i po napadzie) nie wykazały związku między reakcją krwi i napadami jaskry.

Bałłaban (Lwów): Wpływ cukrzycy na narząd wzrokowy.

Prawie każda choroba oczna może być następstwem cukrzycy. Pojawiają się przy cukrzycy nieżyty spojówek, jęczmyki i ropnie powiekowe, chociaż klinicznie nie przedstawiają one nic charakterystycznego. Zatrucie przy cukrzycy może również spowodować przemijający brak odruchowego działania źrenic. Często daje się spostrzegać porażenie akomodacji o różnem nasileniu. Bardziej ustalone są nasze wiadomości o porażeniach zewnętrznych mięśni ocznych przy cukrzycy. Porażenia te bywają różnorakie. W dwóch przypadkach cukrzycy autor miał sposobność osobiście obserwować odosobnione porażenie mięśnia bloczkowego zakończone u każdego z tych osobników śmiercią przed upływem dwóch lat. Schorzenia jagodówki, tęczówki, ciałka rzęskowego i naczyniówki nie odgrywają przy cukrzycy szczególnej roli. Niekiedy występuje jaskra następowa w następstwie cukrzycowego zapalenia tęczówki. Do częstych zmian tęczówki uwidaczniających się jednak tylko anatomicznie lub podczas zabiegu operacyjnego należy szczególniejszego rodzaju wodnisty obrzęk barwikowego przybłonka tylnej powierzchni tęczówki, nie dający się spostrzegać przy żadnej innej chorobie ocznej. Co się tyczy zmian refrakcyjnych, to ich związek z cukrzycą jest już od dawna znany. Dalej autor omawia zmiany, które występują jako zmiany trwałe w soczewce pod dwoma postaciami: 1) zaćmy siatkowatej lub kroplowatej. Zmiany te umiejscawiają się w tylnej korze soczewki, i to najczęściej na tylnym jej biegunie. 2) Całkowite obustronne zmętnienie soczewki. Powstałe przy cukrzycy zmiany na dnie oka w postaci zapaleń siatkówki, pozagałkowego zapalenia nerwu ocznego są bardzo znane. Czasami powstaje zakrzep głównej żyły siatkówki. Wreszcie w następstwie schorzenia mózgu mogą przy cukrzycy powstać zmiany w płacie potylicznym, które powodują ślepotę połowiczą. Autor pzy cukrzycowych powikłaniach ocznych nie przypisuje wielkiego znaczenia leczniczemu działaniu insuliny.

Dr. Antoni Wieczorek (Warszawa): O korelacji budowy kośćca twarzy z kośćcem układu łzowego.

Spostrzeżenia są oparte na bezpośrednich pomiarach 128 czaszek, jak również na rycinach ich przekroju w płaszczyźnie $^1/_2$ cristae poster. fossae lacrimalis orbitae dextr. Dzięki t. zw. metodzie przekrojów korelacyjnych (K Stołyhwo) rozpatrzono sprawę współistnienia cech między budową nosa, a łożyskiem worka łzowego, kanałem łzowym, kością łzową i t. d. Wykazano n. p., że w czaszkach o nosach stosunkowo szerokich i płaskich najczęściej łożysko worka łzowego jest średniej głębokości, najrzadziej głębokie, które przeciwnie najczęściej spotykamy u osobników o nosach wąskich i wysokich. Budowa nosa nie wpływa w takim stopniu na szerokość łożyska worka, jak n. p. na głębokość jego, a krótkie i szerokie kanały łzowe spotykamy najczęściej w nosach płaskich i szerokich.

Rozprawy:

Majewski (Kraków): Każdy praktyk-okulista zrobił z pewnością to spostrzeżenie, że zwężenie przewodu nosołzowego, z wszystkiemi następstwami tego stanu, spotyka się nieporównanie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że w powstawaniu tych zmian decydującym czynnikiem musi być chyba jakaś predyspozycja anatomiczna. Zapytuje, czy wyniki badań antropologicznych rzucają jakieś światło na tę ciekawą kwestję.

Kerszman (Białystok): uważa, iż należy szukać przyczyny częstszego schorzenia worka łzowego nie tyle w układzie kostnym nosa ile w niehigjenicznych warunkach pracy kobiet przy kuchni i piecu, co niechybnie ma wpływ na worek. Najlepszym tego dowodem jest, że kobiety z klas posiadających wyjątkowo rzadko chorują na zapalenie worka wtedy, gdy u kobiet niezamożnych jest to bodajże jednem z najczęstszych cierpień.

Wojno (Warszawa): Badania kolegi Wieczorka potwierdzają spostrzeżenia kliniczne, że u ludzi o szerokich i płaskich nosach, u których bardzo często woreczek ulega schorzeniu, przy wyłuszczeniu woreczka znajdujemy go leżącym bardzo płytko tuż pod skórą z powodu nieznacznej głębokości jamki łzowej. Należałoby teraz tylko wyjaśnić jaki jest związek między płytkością fossa lacrimalis a skłonnością woreczka łzowego.

Schweig (Łódź): podaje liczbę chorych na woreczek łzowy na oddziale ocznym w Łodzi:

1) Nie żydów 30, nie żydówek 6, razem 36.

2) Żydów 21, żydówek 65, razem 86,

podczas gdy wogóle ilość chorych nie-żydów i żydów na oddziale jest równa.

Pines (Białystok): wskazuje w odpowiedzi Drowi Schweigowi, iż stosunek schorzeń worka u kobiet do ilości schorzeń u mężczyzn jest znacznie większy niż 7:5, jakto podaje Dr. Schweig. Pozatem zwraca uwagę na częstsze występowanie tej choroby u żydów.

W dyskusji pozatem zabierali głos: Melanowski, Rupp, Krausz, Bednarski, Szymański, Wieczorek (odpowiadał).

Prof. Szymański (Wilno): Wągr pozasiatkówkowy (pokazy).

Zaborowska Zofja, 49 l. Historja choroby nr. 1411.

Wyłuszczenia gałki ocznej dokonano 6. 12. 1926.

Badanie anatomo-patologiczne:

Gałka utrwalona w płynie Bouin'a zatopiona do celoidyny została pocięta na skrawki przednio-tylne możliwie równoległe do południka poziomego.

Skrawki zabarwione zostały sposobem van Gieson'a i Bleu-Masson. Na skrawkach 20/I i 20/II widzimy, że gałka jest podzielona wewnątrz przegrodą z tkanki łącznej na dwie części:

1) przednia zawiera odwarstwioną sfałdowaną, zmienioną siatkówkę z resztkami tylko charakterystycznych elementów.

2) tylna część — torbiel zawiera pęcherzykowaty twór, otoczony tkanką łączną z charakterystycznemi dla wągra hakami (preparat 20/I) i smoczkami (preparat 20/II).

Ścianki cysty: zewnętrzna łączno-tkankowa o charakterze włóknistym, a wewnętrzna ziarninowa w której, oprócz fibroblastów, znajdujemy leukocyty, komórki nabłonkowate, plazmatyczne limfocyty, a także na niektórych preparatach olbrzymie komórki.

Prof. Szymański (Wilno): Pokaz filmu operacji „Hemi-Elliot".

Rozprawy:

Musiał (Lwów): przypomina przypadek własny wągra w ciałku szklistem, przy rozsianej wągrowatości całego ustroju. Wągr w oku zupełnie rozwinięty, wykonujący ruchy główką. Towarzyszyły objawy mózgowe takie jak przy usadowieniu guza w móżdżku. Równoczesne objawy oponowe i zajęcie nerwów czaszkowych jak porażenie nerwu odwodzącego oka prawego, twarzowego, podniebiennego prawego, niedowład połowiczy prawostronny. Na dnie oczu obustronnie tarcza zastoinowa. Widzenie czasem zupełna ślepota na obu oczach, czasem zaś brak pola widzenia po obu stronach od strony nosa. Nastąpiło nagle zejście śmiertelne. Sekcja wykazała zmiany, które w zupełności tłumaczyły objawy stwierdzone za życia: Na oponach rozsiane wągry, tak samo w korze mózgowej i w móżdżku, na skrzyżowaniu nerwów wzrokowych i na samych nerwach wzrokowych w kącikach zewnętrznych.

Kerszman (Białystok): widział dwa przypadki jaskry operowane metodą prof. Szymańskiego z doskonałym wynikiem. Ma zamiar na przyszłość w przypadkach, w których wskazana jest operacja przetokowa, korzystać z wywiertnika prof. Szymańskiego. Radzi tylko przyżegać żegadłem rogówkę w okolicy otworu, aby ściągnięta ku dołowi spojówka mocno zrosła się z otoczeniem wywierconego otworu.

Melanowski (Warszawa): W sprawie zabiegu przeciwjaskrowego tak według Lagrange'a, jak i według prof. Szymańskiego zaznacza, że postać krzywej spadku i wzniesienia napięcia nieraz jest nieco inna niż ją przedstawił prof. Szymański. Czasem właśnie po pewnym czasie prawidłowego napięcia następuje wyższe i to nieraz w przypadkach, kiedy przetoka była bardzo dobra. Objaśnia się to chyba tylko tem, że operacje przetokowe nie leczą jaskry, a mają jedynie wpłynąć na zmniejszenie gałki ocznej, co im się zresztą nie zawsze udaje.

Wojno (Warszawa): Prof. Szymański operował jeden przypadek jaskry podostrej na moim oddziale w Instytucie Oftalmicznym. Technika jego operacji wydaje mi się łatwa, pokrycie gru-

bym płatem spojówki napewno zabezpiecza przed infekcją lepiej niż przy zabiegach Elliot'a. Zabieg wypróbuję, jak tylko otrzymam trepan. W przypadku operowanym u mnie po kilku dniach ciśnienie wzrosło do 40 mm Hg i dopiero po wykonaniu irydektomji wróciło do normy.

Abramowicz (Wilno): zwraca uwagę, że po operacji Hemi-Elliot wolny przyrąbkowy brzeg spojówki układa się niekiedy w fałdy, zwłaszcza przy większem naciągnięciu płata spojówkowego na górny odcinek rogówki. Symulować to może niezrośnięcie się płata z twardówką, o którem wspomina kol. Kerszman.

W dyskusji pozatem zabierali głos: Zamenhof, Bednarski, Noiszewski.

Dr. Naróg (Lwów): Pokazy fotofrafji.

1) Wrodzona zaćma okołojądrowa u ojca i syna z wrodzonem opadnięciem powiek. Budowę zaćmy stanowi delikatna siatka i punkcikowate zaćmienie głównie w warstwie korowej, w środku soczewki, obwód soczewki jest wolny.

2) Wrodzona zaćma punkcikowata przy heterochromji tęczówki (rysunek z lampy szczelinowej). Zaćma złożona z 4 punkcików symetrycznie ułożonych blisko obwodu źrenicy. Budowa przypomina zaćmę polarną. Na torebce szarawe nitki dośrodkowe od rąbka barwikowego do białych punkcików.

3) Pierścień Kaiser-Fleischera przy pseudosklerozie. Rysunki z lampy szczelinowej. Objekt. 4 razy, Okular 18 razy w świetle ogniskowem. Przy brzegu rogówki występuje pierścień złocistożółty, metalicznie połyskujący, położony w błonie Descemeta, złożony z drobnych plamek i ziarenek. Pierścień jest najsilniej wysycony żółto-bronzowo przy brzegu rogówki, ku środkowi przybiera barwę zieloną i przechodzi w odcień niebieski. Ziarenka ułożone gęsto obok siebie poprzerywane są sinemi plamkami. W świetle rozproszonem widać szaro-zielony pierścień przechodzący na 1 mm na twardówkę spektroskopem stwierdza się widmo absorpcyjne dla urobiliny.

4) Zapalenie pęcherzykowe rogówki z zaburzeniem odżywczem nabłonka (Keratitis bullosa et Dystrophia epithelialis corneae Fuchs). Rysunki z lampy szczelinowej. Rogówka zamglona w $^{3}/_{4}$ częściach. Na tem tle widać w nabłonku liczne nieregularne większe i mniejsze pęcherzyki ciemne z jasną otoczką w świetle ogniskowem. W świetle odbitem pęcherzyki przedstawiają się jasno z ciemną otoczką. Na dnie przedniej komory widać metalicznie połyskujący osad w postaci kolca.

Dr. Musiał (Lwów): Śródbłoniak powieki.

Prym. Dr. Musiał z oddziału ocznego Państw. Szpitala we Lwowie, przedstawia fotografje i rysunek drobnowidowego badania przypadku śródbłoniaka powieki u 38-letniego chorego. Sprawa o charakterze łagodnym, ciągnąca się od jedenastu lat zajęła w końcu całą dolną powiekę. Wymiary guza: długość 4 cm, grubość 2,5 cm, wysokość 2 cm. Guz twardy, zbity, skóra nad guzem niezmieniona, przesuwalna, tylko na brzegu powieki zrośnięta z guzem. Guz wyłuszczono w całości, wycinając całą dolną powiekę wraz ze spojówką, guzem przerosłą, aż do załamka. Nadmiar skóry nad guzem powstały po odreparowaniu skrócono, pozostałą skórę zeszyto ze spojówką załamka po podpreparowaniu nieco ku górze na gałkę oczną. Wynik kosmetyczny zadawalający. Badanie drobnowidowe wyciętego guza wykazało typowe utkanie dla śródbłoniaka. Nadto w tkance podścieliskowej można było stwierdzić lipoidy, o czem dotychczas nie było nigdzie wzmianki.

Przedstawienie tego przypadku zasługuje na uwagę ze względu na:

1) rzadkość śródbłoniaków powieki,
2) wielkość guza,
3) wykazanie lipoidów w tkance podścieliskowej.

Dr. Musiał (Lwów): Mięsak tęczówki.

Dr. M. przedstawia rysunek mięsaka bezbarwnego wychodzącego ze znamienia tęczówkowego. Przypadek dotyczy mężczyzny lat 21, u którego od roku zaczął się rozwijać guz w oku z dawno istniejącej plamki barwikowej na tęczówce. Badany w pół roku od wystąpienia guza, na zabieg operacyjny się nie godził. Dopiero po roku zgłosił się do operacji wskutek nagłego pogorszenia wzroku w następstwie krwotoku do przedniej komory oka. Guz sam wielkości grochu. Cięciem płatowem w dolnej części usunięto guz. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Ostrość wzroku przy opuszczeniu oddziału wynosiła 6/24.

Badanie drobnowidowe wyciętego guza wykazało utkanie mięsaka o charakterze łagodnym, mięsaka bezbarwnego. Punktem wyjścia znamię tęczówkowe. Charakter utkania łagodny tłumaczy powolny jego rozwój.

Dr. Musiał (Lwów): Odlew kamienny pozostały w oku.

Pr. Dr. Musiał przedstawia preparat kształtu kubka wydobyty ze ślepej gałki ocznej. Wymiary tegoż: 18 mm w linji poziomej, 12 mm pionowej, a 6 m wysoki. Preparat ten uzyskano po wyjęciu oka u chłopca 18-letniego zranionego nożem w dzieciństwie. Oko do ostatnich czasów bezbolesne, po lekkiem uderzeniu zaczęło silnie boleć wykazując znaczne wzmożenie ciśnienia śródocznego, tak, że musiano oko usunąć. Preparatu o ścianach zwapniałych, twardych, czy może nawet skostniałych, drobnowidowo narazie nie badano, ażeby nie niszczyć preparatu. Najprawdopodobniej powstał skutkiem chronicznego stanu zapalnego, jużto w samej naczyniówce, jużto między nią a siatkówką, zaczem przemawiałby kształt kubkowaty, którego otwór zwrócony ku przodowi, ku rogówce, sięgał do linji ciałka rzęskowego. Na powierzchni tak zewnętrznej jak wewnętrznej pokryty barwikiem naczyniówkowym.

Rozprawy:

Majewski (Kraków): Dwa miesiące temu wyłuszczyłem u 45-letniego mężczyzny gałkę oczną, oślepłą jeszcze w dzieciństwie wskutek jakiegoś zranienia. Przed operacją gałka wydawała się zupełnie miękką, po wyjęciu zaś wykazało się, że w tylnej swej połowie była twarda jak kamień. Doraźna sekcja wykazała konkrement w kształcie grubościennej muszelki, czy też miseczk pokrytej od wewnątrz czarną warstwą barwikową siatkówki, a od zewnątrz przylegającej dokładnie do twardówki. Brzeg miseczki ku przodowi sięgał wokoło do ora serrata. Wyglądało to na zwapnienie naczyniówki. Dla nerwu wzrokowego w dnie miseczki jakby wywiercono okrągły otworek. Preparat mikroskopowy z małego odłamka konkrementu wykazuje nieco chaotyczne niemniej jednak typowe utkanie kostne z ciałkami kostnemi i kanałami Haversa. A zatem klasyczna osyfikacja naczyniówki.

Eliasberg (Sieradz): Pokaz elektromagnesu i przeźroczy.

Magnes może być połączony z prądem miejskim, z drugiej strony może być włączona żarówka siły 100—200 świec. Magnes ma na końcu zaporę na 5-tym milimetrze, oraz jest spłaszczony w kształcie szpatułki. Operacja elektromagnesem przedstawia się jak następuje: Akt pierwszy: cięcie limboirydotomji prostą małą lancą posiadającą również zaporę na 4—5 milimetrze. Taka lanca przenika tylko do tylnej komory, przyczem uszkodzenie ciałka rzęskowego lub szklistki zdarzyć się nie może. Następnie przeprowadza się zakończenie magnesu również do tylnej komory drogą utworzoną przez lancę. Tą drogą mogą być usunięte wszystkie ciała obce żelazne z ciałka szklistego. O sposobie Eliasberga pisze Asmus w Klinische Monatsblätter f. Augenheilk. T. 78, str. 818. Prośba do kolegów o kierowanie podobnych przypadków do Sieradza.

Dr. Kruppikówna (Toruń): Ostrość wzroku u dzieci szkolnych m. Torunia.

Przeprowadzono badania ostrości wzroku u dziewcząt gimnazjum, szkoły wydziałowej i 1 szkoły ludowej w Toruniu. Badano razem 1.197 dzieci w wieku od 7—19 lat. Ostrość wzroku oznaczano według tablicy Snellen'a; dla wykrycia przyczyn obniżenia ostrości wzroku badano refrakcję, przejrzystość ośrodków załamujących i dno oczu.

Najlepszą ostrością wzroku cieszy się szkoła wydziałowa (5/5—84,66%).

Wśród przyczyn nieprawidłowej ostrości wzroku stoi na pierwszem miejscu niezborność (do 9,52%). Krótkowzroczność osięga 7,12% w gimnazjum, gdzie również przewyższa 3,0 D (w szkole ludowej i wydziałowej dosięga tylko 3,0 D za wyjątkiem dwóch przypadków z wyższą krótkowzrocznością). Wyższe klasy w gimnazjum mają większy odsetek krótkowzroczności od niższych (4:1).

Przypadki z plamkami rogówek są najliczniejsze w szkole ludowej.

Z dzieci potrzebujących szkła nosi w gimnazjum około $^{1}/_{2}$, w szkole wydziałowej $^{1}/_{5}$, w szkole ludowej $^{1}/_{8}$ część, w czem uwydatnia się brak zrozumienia dla noszenia okularów w niższych warstwach społeczeństwa.

Rozprawy:

Koszutski (Kalisz): podkreśla potrzebę badań stanu wzroku u młodzieży szkolnej i to badań ścisłych, dokładnych, jak to zrobiła prelegentka, a zarazem ogłoszenia wyników tych badań. Dotychczas publikacyj w tej dziedzinie mamy u nas niewiele (Dr. Frankowska i in.). Dr. K. sam przeprowadza podobne badania w gimnazjum im. T. Kościuszki w Kaliszu od szeregu lat, badając u wszystkich uczniów szczegółowo refrakcję subjektywnie i objektywnie (skiaskopją). Dla stwierdzenia, czy i o ile nauka szkolna ma wpływ na powstawanie krótkowzroczności u młodzieży, bada stan refrakcji u młodzieży kończącej gimnazjum, a więc przed maturą. Wyniki zestawi i ogłosi po nagromadzeniu większego materjału.

Melanowski (Warszawa): Ważne są badania statystyczne; szczególnie powinne one wyjaśnić, czy rzeczywiście w szkole rozwija się krótkowzroczność, jak chce D. Cohn. Segregować w tym celu należy wady wzroku nie według klas, ale według

wieku. Sprawy te są różne, gdyż są pewne dane, że krótkowzroczność rozwija się raczej z wiekiem a nie z postępami w hierarchji szkolnej.

Naróg (Lwów): Co do statystyki w szkołach ważną jest statystyka u akademików w poradniach. Dobrze byłoby, ażeby kliniki zwracały uwagę na prowadzenie statystyk rocznych u akademików co do refrakcji. Dwuletnia obserwacja i zestawienie refrakcyj przez kol. N. u akademików wykazały znaczną przewagę krótkowzroczności średniej nad dalekowzrocznością przy dużej ilości niezborności. Powołuje się na statystykę Kolma i Frankowskiej, którzy podnoszą przewagę dalekowzroczności u dzieci i dochodzą do wniosku, że krótkowzroczność u akademików zostaje nabyta i jest w związku z niedomaganiami szkolnej higjeny.

Musiał (Lwów): Duży odsetek krótkowzroczności wykazany przez kol .Naroga u studentów wyższych uczelni nie może być miarą wzrostu tejże. Chcąc o tem mówić, trzebaby zbadać wszystkich słuchaczy, a nie tylko zgłaszających się. Mając bowiem bezpłatne poradnie, zgłaszają się właśnie najczęściej ci, którzy najwięcej odczuwają potrzebę widzenia w dal w dużych salach wykładowych.

Schweig (Łódź): Trzy lata temu złożyłem memorjał w magistracie m. Łodzi o stworzeniu szkoły specjalnej dla dzieci słabo widzących. Wydział oświaty w związku z tem wyznaczył pewne kwoty na prace przedwstępne, niestety, planu tego jednak dotychczas nie zrealizowano. Szkoły takie mają znaczenie społeczne i pedagogiczne, ale może nie są także bez wpływu na higjenę oka.

Gertner (Grodno): Najobszerniejszą statystykę stanu refrakcji ludności męskiej tworzą dane otrzymane przy poborach wojskowych, możnaby je z pożytkiem wyzyskać. Nie mam ścisłych danych, ale naogół z doświadczenia mogę powiedzieć:

1) nadwzroczność i krótkowzroczność spotykam mniejwięcej jednakowo często,

2) częściej jednak od nich znajduje niezborność nad- i krótkowzroczna,

3) wbrew twierdzeniu, że nauka w szkole wywołuje postęp krótkowzroczności, największe wady refrakcji (szczególniej krótkowzroczność ponad 8—10 D) spotykałem u analfabetów.

Rupp (Grodno): Podaję wniosek: III-ci Zjazd Okulistów w zrozumieniu ważności przeprowadzenia dokładnych statystyk w wieku szkolnym i akademickim uchwala: „Wydzielić ze swego grona komisję, któraby ułożyła jednolity system przeprowadzania badań wzroku u dzieci w wieku szkolnym dla celów statystycznych".

Abramowicz (Wilno): wspomina o swoich danych statystycznych ogłoszonych w „Lekarzu Wojskowym" w 1925 r. i dotyczących stanu refrakcji wśród rekrutów. Niestety dane statystyczne wojskowe nie są zupełnie ścisłe, gdyż pewien procent rekrutów z wadami refrakcji, szczególnie z nadwzrocznością lub niezbornością nadwzroczną, nie trafia do lekarza specjalisty.

W dyskusji pozatem zabierali jeszcze głos: Frankowska, Zamenhof, Noiszewski, Zachert, Żurkowski.

Dr. Krausz (Łódź): Fizjologja spływania płynu łzowego.

Poglądy dawniejsze Schirmera lub Arlta, zdaniem referenta, są niewystarczające. Należy przyjąć pod uwagę, że wsysanie włosowate jest niemożliwe, wobec tego, że w układzie łzowym niema niepodatnych rurek. Najważniejszym czynnikiem w ruchu łez jest siła tłocząca mięśnia okrężnego oka. Następnie referent wylicza przyczyny mogące powodować zapalenie ropne woreczka, przyczem uważa, że najczęściej powoduje to zapalenie kiła i gruźlica. Terapję dzieli na leczenie zachowawcze, leczenie zabiegami niechirurgicznemi i leczenie czysto operacyjne. Ostrzega przed zbyt pochopnem sondowaniem; uznaje jedynie sondowanie podług Bowmanna, połączone ewentualnie z leczeniem lekowem. Podaje historję i metody dawniejsze leczenia operacyjnego. Poddaje krytyce współczesne sposoby operacyjne Totiego, West-Polyaka i Blaskowica, z których stanowczo oddaje pierwszeństwo metodzie Teti-Blaskovica.

Ludwik Czyżewski (Warszawa): Przypadek epithelioma benignum rąbka rogówki.

Autor opisuje przypadek epithelioma benignum u 62-letniego robotnika. Nowotwór wyrastał z błony Baumanna, nie drążył wgłąb rogówki, dlatego nie powodował znaczniejszego jej zamglenia. Kształt guza zbliżony był do kuli, spoistość elastyczna i miekka, barwa szaro-różowa, wysokość 4 mm a szerokość 1 cm. Po ścięciu guza, krwawienie ustąpiło dopiero po przypaleniu żegadłem obwodu jego łożyska. Badanie histologiczne wykazało, że twór składał się z komórek nabłonkowych, ułożonych dookoła luźnej tkanki łącznej, w której przebiegały naczynia krwionośne i limfatyczne. Tkanki łącznej było mało. W głębokich warstwach utworzyły się t. zw. perły rogowe. Komórki nabłonkowe nie zdradzały cech złośliwości, zrogowacenie było wyrazem długotrwałego drażnienia wskutek tarcia. Znane są przejścia nabłoniaków dobrotliwych w raki, dlatego należy dobrotliwe twory doszczętnie, sposobem chirurgicznym a podłoże w miarę potrzeby przypalać żegadłem.

Towarzystwo Patologów Polskich (Sekcja Poznańska).

Posiedzenie z dnia 22 czerwca 1928 r.

Przewodniczący: Prof. L. Skubiszewski.

Obecnych: 23.

1) Przyjęcie protokółu posiedzenia z dnia 28 kwietnia 1928 r.

2) Dr. Bederski wygłasza odczyt p. t. *„Rak pierwotny trzustki* (na podstawie czterech przypadków).

Z 4 przedstawionych przypadków raka pierwotnego trzustki dwa nie wykazały zmian w stosunku do otoczenia, w 1-ym przypadku z powodu umiejscowienia nowotworu w głowie trzustki wystąpił ucisk na drogi żółciowe. Dwa dały rozległe przerzuty w całej jamie brzusznej, jeden dał przerzuty tylko do wątroby, ostatni przerzutów nie dał wcale. Makroskopowo trzustka była wyraźnie zmieniona w 2 przypadkach, w jednym przypadku była równomiernie szklista, w jednym przypadku poza nieznacznem stwardnieniem była bez zmian. W tym właśnie przypadku istniały przerzuty do wątroby wyłącznie, tak, że na sekcji wobec braku innych punktów wyjścia i niezmienionego wyglądu trzustki postawiono rozpoznanie: *carcinoma hepatis primarium* typu *„cancer nodulaire (Hanot)"*. Histologicznie 2 przypadki nowotworu wykazywały w trzustce zmiany dość nikłe, anaplazja była nieduża. Istniało pewne zaburzenie układu pęcherzykowego, które można było związać przyczynowo z istniejącym tu rozrostem tkanki łącznej z naciekami zapalnemi, oraz hiperchromazją jąder, nie wykazujących różnic kształtu ani wielkości. Stwierdzono jednak komórki nowotworowe wewnątrz naczyń chłonnych. W innym przypadku wśród prawidłowego nieledwie układu pęcherzykowego widać było bardzo nieznaczne ogniska nagłego przejścia w układ mniej lub więcej anaplastyczny. W przerzutach zawsze istniała silna anaplazja. We wszystkich przypadkach zachodził rozrost tkanki łącznej, będący w 2 przypadkach z pewnością wtórnym odczynem fibroblastycznym. Punktem wyjścia, o ile z obrazu morfologicznego w myśl spostrzeżeń Olivier'a, Munckenbeck'a i innych wnioskować można, były w jednym przypadku przewody wyprowadzające, w 2-ch przypadkach miąższ pęcherzykowy. W jednym z tych przypadków małe nowotworowe twory gruczołowe wykazywały rąbek oskórkowy prążkowany, a czasem wprost jakoby małe rzęski. Obraz ten uważać należy za zespół atawistyczny. Podkreślić należy niekiedy pewną ścisłą trudność rozpoznania histologicznego raka trzustki wobec względnej czasem anaplazji, a z drugiej strony naruszających układ histologiczny trzustki różnorodnych procesów patologicznych, nie nowotworowych. Wskazywał na to już Hulst. Również ocena makroskopowa jest często złudna, zwłaszcza gdy nowotwór zajmuje trzustkę całą równomiernie. Znaczny proces rozrostu tkanki łącznej może dać obraz zupełnie nowotworowy, nawet z uciskiem na drogi żółciowe, jak to wykazała niedawno sekcja w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. P. u osobnika, u którego postawiono rozpoznanie kliniczne: *carcinoma papillae Vateri*. Z drugiej strony, jak w przypadku przedstawionym, przypuszczalnie dawno istniejący nowotwór, dający rozległe przerzuty do wątroby z silnym rozrostem tkanki łącznej, obrazu makroskopowego trzustki nie zmienił prawie zupełnie, Raki trzustki pierwotne są względną rzadkością według statystyki Lubienieckiego z r, 1906, wynoszą 1—2% przypadków raka.

Następują pokazy:

2) Dr. W. Kowalski przedstawia przypadek *uchyłku wyrostka robaczkowego* u 40-letniego mężczyzny (w wyniku apendektomji). Po rozpatrzeniu piśmiennictwa (z uwzględnieniem przypadku Feliksa Skubiszewskiego), które rozróżnia wrodzone i nabyte uchyłki wyrostka robaczkowego, przedstawia ref. szczegółowo obraz histologiczny własnego przypadku. Ściana uchyłka zawiera wszędzie cechy dłuższego podrażnienia zapalnego, mianowicie mięśniówka wyrostka wykazuje w miejscu uchyłka raptowną przerwę, z której przez długą szparę wylania się śluzówka wyrostka przechodząc do jamy uchyłkowej i wyścielając równomiernie całą powierzchnię wewnętrzną uchyłka. Wyjaśniając patogenezę tego zaburzenia, omawia ref. rolę ropni śródściankowych wyrostka, które stanowią początek dla powstania uchyłków nabytych, do których zalicza ref. także własny przypadek.

3) Dr. F. Skubiszewski przedstawia 2 przypadki *rozrostu gruczołów Brunnera*. W przypadku 1 chodziło o chorego lat 27, który od paru lat cierpiał na nieznaczne dolegliwości żołądkowe, do których od roku dołączyły się silne bóle w nadpępczu,

wymioty oraz wybitne wychudnięcie. Nadkwasota zawartości żołądkowej. Objawy rentgenologiczne wrzodu żołądka. Na operacji niewielkie stwardnienie krzywizny małej, wybitny skurcz i przerost zwieracza odźwiernika. Wycięcie odźwiernika sp. Rydygiera. Wyzdrowienie. Doskonała poprawa, spostrzeganie przeszło roczne. W przypadku 2 dolegliwości żołądkowe były powikłane silnemi wymiotami, wychudnięciem, wobec czego przypuszczano rak żołądka. Na operacji: niewielkie rozszerzenie żołądka, wybitnie zgrubiały i przerosły zwieracz odźwiernika. Wycięcie sposobem Rydygiera. Wyzdrowienie. Na preparacie w obrębie odźwiernika widziało się wzniesienie pod postacią guza wielkości fasoli.

Histologicznie: w obu przypadkach, zwłaszcza w drugim, znaczny przerost zwieracza odźwiernika. Tuż poza odźwiernikiem stwierdza się grubą warstwę gruczołów Brunnera, położonych pomiędzy mięśniówką śluzówki i warstwą mięsną dwunastnicy. Zmiany zapalne w tkance międzygruczołowej, a to nacieki, rozszerzenie naczyń krwionośnych. W przypadku 2 istniał tuż za odźwiernikiem guzek wielkości grochu o budowie typowej gruczołów B., przyczem wystawał on ponad poziom zwieracza.

Następujące szczegóły są godne uwagi. Właściwego owrzodzenia w obu tych przypadkach nie było, tylko istniał stan zapalny, w śluzówce oraz w warstwach głębszych. Istniały typowe objawy dla wrzodu żołądka. Mikroskopowo miało się do czynienia z przerostem gruczołów B., które przechodziły ponad zwieraczem w kierunku żołądka. Nie było znamion mikroskopowych, pozwalających na utożsamianie owego przerostu z rozrostem właściwie gruczolakowatym. Najprawdopodobniej chodzi tutaj o rozrost gruczołu B. na skutek podrażnienia zapalnego. Przytem trzeba podnieść, że w warunkach normalnych gruczoły B. tworzą grubą warstwę tuż poza odźwiernikiem, a można nawet owe gruczoły znaleźć w płaszczyźnie zwieracza. Rozrost gruczołów B. w związku z wrzodem dwunastnicy należy uważać za sprawę odczynową zapalną. Zresztą rozrosty owe stwierdzano przeważnie w brzegach wrzodu dwunastnicy lub strefy przyodźwiernikowej i to tylko w odcinku odsiebnym wrzodu. Trudniej jest wytłumaczyć rozrost gruczołów B. w brzegach wrzodu żołądka, wtedy autorowie uzależniają go od przemieszczenia w życiu zarodkowem zawiązków owych gruczołów. Omówione tutaj przypadki wskazują, że może przez dłuższy czas istnieć jedynie znaczny rozrost gruczołów B. bez wytworzenia się właściwego wrzodu. Wrzód więc może powstać dopiero wtórnie na tle rozrostu gruczołów B. w następstwie zapalenia przewlekłego. Zbyt mało istnieje spostrzeżeń, aby można mówić o przeistoczeniu złośliwem rozrosłych gruczołów Brunnera.

4) Dr. Zeyland przedstawia rentgenogramy i preparaty mikroskopowe rzadkiego przypadku *mięsaka (sarcoma magnoglobocellulare) z bardzo licznemi komórkami olbrzymiemi typu myeloplaksów* u dziewczyny lat 15. Guz tworzy ognisko odgraniczone dość wyraźnie w dolnej nasadzie i części przynasadowej kości udowej. Ref. omawia 2 przypadki znane w piśmiennictwie, wykazujące do pewnego stopnia podobne obrazy histologiczne (Beckera oraz Fincha i Gleave'a). Ref. podkreśla, że decydujące znaczenie dla rozpoznania charakteru guzów olbrzymiokomórkowych ma jedynie podścielisko, a nie komórki olbrzymie typu myeloplaksów, które przeważnie są wyrazem odczynu śródbłonkowego.

5) Dr. Czyżak przedstawia *guz pochwy* 20-letniej kobiety. Dla rozpoznawania różniczkowego wchodzą w rachubę: *angiosarcoma i chorionepithelioma ectopicum.* (Chora zauważyła guz krótko po poronieniu 6 mies.!).Guz wychodzi z młodej, niezróżnicowanej tkanki mezenchimalnej śluzówki pochwy, jednak po staranném prześledzeniu preparatów można wyodrębnić:

1) Gniazda komórek, podobnych do komórek jednojądrzastych warstwy Langhansa,

2) rozrosty syncytjalne, które obramowują jamy i szczeliny różnej wielkości,

3) gęste, rozległe nacieki z małych i dużych komórek limfocytowych oraz pojedyncze, rozrzucone, duże komórki z piankowatą protoplazmą,

4) ogniska martwicze.

Ref. przyznaje, że guzy o tak wybitnem powinowactwie do naczyń kwionośnych jak chorionepithelioma i endothelioma będą miały pewne cechy wspólne, a mianowicie dążność do tworzenia komórek wielojądrzastych, a nawet zespólni.

6) Dr. Stocki przedstawia 2 przypadki *jednostronnego braku nerki* i porusza główne momenty rozwojowe tychże narządów. Ref. zalicza przedstawione przez siebie przypadki do zahamowania rozwojowego we wczesnych stadjach. Następnie porusza kwestję ważności tych zmian dla klinicysty, a zwłaszcza dla chirurga i omawia preparaty histologiczne z przedstawionych przypadków.

7) Prof. Skubiszewski przedstawia:

a) 2 przypadki *uwięźnięcia kamienia* pęcherzyka żółciowego w przewodzie żółciowym wspólnym. Pierwszy przypadek dotyczy kobiety 87-letniej, u której kamień wielościenny wielkości orzecha laskowego, przedzierając się w kierunku do dwunastnicy, ugrzązł w odcinku przewodu żółciowego wspólnego, zanurzonego już w ścianie dwunastnicy; $^1/_4$ kamienia wychyla się do dwunastnicy przez otwór w brodawce Vatera. Wskutek całkowitego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego wystąpiła ogólna żółtaczka i zejście śmiertelne. W pęcherzyku żółciowym stwierdzono 4 kamienie wielkościankowe różnej wielkości.

Drugi przypadek dotyczy 63-letniej kobiety. W odcinku przewodu żółciowego wspólnego, który biegnie między głową trzustki, a przyśrodkową powierzchnią zstępującej części dwunastnicy, tuż przed zanurzeniem się przewodu do ściany dwunastnicy, stwierdzono guz wielkości dużego orzecha laskowego. Wejście do przewodu żółciowego wspólnego od dwunastnicy jest łatwe, zgłębnik przechodzi zupełnie łatwo przez ten guz i dalej przenika aż do pęcherzyka żółciowego. Obwód tej części przewodu żółciowego wspólnego wynosi 10 cm. Po przecięciu ściany przewodu żółciowego wspólnego wylania się kamień z kształtu podobny do rogala z wyżłobieniem rynienkowatem w środku. Przez to wyżłobienie, sądząc z wyglądu kamienia, żółć odpływała przez dłuższy czas, aż w ostatniej chwili rynienkowate wyżłobienie zapchało się zgęszczoną żółcią. Największy wymiar kamienia wynosi 4,5 cm. W wymiarze tym kamień ustawił się pionowo do światła przewodu żółciowego wspólnego. Kamień jest miękki, ziemisty. Z boku do niego przylega kamień wielościankowy wielkości fasoli a podobny do 4-ch kamieni, jakie znaleziono w pęcherzyku żółciowym. Wewnątrz rogalkowatego kamienia stwierdza się jeszcze kamień z kształtu podobny do kamieni pęcherzyka żółciowego.

b) preparat *prawdziwego perlaka w jamie bębenkowej lewej* 40-letniego mężczyzny. Twór ten spowodował zniszczenie pokrywy bębenkowej, udostępnił przedostanie się mikrobów które wywołały ropne zapalenie opon mózgowych.

c) preparat *rozpoczynającej się zgorzeli lewego podudzia* u 45-letniej kobiety. Sprawa ta powstała, jak wykazuje badanie, na tle zatoru, który zamknął światło tętnicy udowej lewej w miejscu podziału jej na tętnicę piszczelową przednią i tylną. Materjał zatorowy powstał, jak podał doc. Nowakowski, naczelny chirurg szpitala miejskiego, na tle wsierdzicy brodawkowej.

d) preparat *raka wrzodziejącego skóry* lewego podudzia na przedniej i bocznej powierzchni na przestrzeni 20 cm w podłużnym wymiarze. Przypadek ten dotyczył 46-letniego mężczyzny.

W dyskusji zabierają głos: Prof. L. Skubiszewski, Dr. F. Skubiszewski, Dr. Zeyland.

(—) *J. Zeyland*, sekretarz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa..

Kurs dokształcenia sanitarnego dla inżynierów. Z dniem 5 listopada r. b. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie kurs pięciotygodniowy dokształcenia sanitarnego dla inżynierów. Zapisy kandydatów przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (ul. Chocimska 24 w Warszawie) do dnia 1 listopada r. b.

Warunki przyjęcia, opłaty za kurs oraz za mieszkanie i utrzymanie są te same, co i na poprzednim kursie, poleconym okólnikiem Pana Ministra Spraw Wewnętrznych Nr. 158 z dnia 30 sierpnia 1927 za Nr. Z. H. 3929/27.

Państwowa Szkoła Higjeny. Rok szkolny 1928/29. Trzeci kurs dokształcenia sanitarnego dla inżynierów. (Od 5 listopada do 11 grudnia 1928 r.). Kierownik Kursu: Inż. Mag. Zygmunt Rudolf. — Dział ogólny: Podstawy inżynierji sanitarnej 2 godz. Inż. Mag. Z. Rudolf. — Zagadnienia higjeny publicznej 2 godz. Doc. Dr. W. Bogucki. — Planowanie miast i higjena mieszkań 4 godz. Inż. Mag. Rudolf. — Higjena wsi 1 godz. Dr. W. Chodźko. — Statystyka i epidemjologja 5 godz. Dr. M. Kacprzak Walka z gruźlicą 1 godz. Dr. Cz. Wroczyński.

II. Nauki przyrodnicze: Bakterjologja (z demonstracjami) 4 godz. Dr. H. Sparrow. — Hydrobiologja (z demonstracjami) 6 godzin Inż. H. Przyłęcki. — Chemja sanitarna (z demonstracjami) 6 godz. Inż. A. Szniolis.

III. Przedmioty techniczno-sanitarne: Hydrologja 5 godz. Prof. K. Pomianowski. — Osuszanie terenów 5 godz. Prof. Cz. Skotnicki. — Wodociągi i kanalizacja 6 godz. Prof. J. Radziszewski. — Oczyszczanie wody i ścieków 10 godz. Inż. A. Szniolis. — Dezynfekcja wody 2 godz. Prof. Sz. Dzierzgowski. — Eksploatacja wodociągu 2 godz. Inż. T. Jaszczurowski. — Mleko 3 godz. Doc. Dr. H. Ruebenbauer. — Usuwanie śmieci 4 godz. Gen. Inż. E. Kątkow-

ski. — Oczyszczanie miast 2 godz. Inż. Mag. Z. Rudolf. — Sanacja osiedli, nieposiadających wodociągu i kanalizacji 4 godz. Inż. Mag. Z. Rudolf. — Budowa ulic i placów 3 godz. Inż. M. Heine. — Wentylacja i ogrzewanie 8 godz. Doc. Inż. F. Bąkowski. — Higjena pracy 6 godz. Dr. B. Nowakowski. — Dezynfekcja i dezynsekcja. 4 godz. Ppłk. Inż. St. Dobrowolski. — Deratyzacja 2 godz. Doc. Ppłk. Dr. S. Szulc.

Zakłady użyteczności publicznej: a) szkoły 3 godz. Inż. Fr. Ejchhorn. — b) szpitale 2 godz. Inż. Arch. F. Rakiewicz. — c) kąpieliska 2 godz. Ppłk. Inż. St. Dobrowolski. — d) rzeźnie 2 godz. Dr. Jan Kiszkiel. — Chłodnictwo 3 godz. Prof. B. Stefanowski. — Bezpieczeństwo pracy 4 godz. Inż. St. Rodowicz. — Oświetlenie 2 godz. K. Gnoinski. — Walka z dymem 1 godz. Inż. Mag. Z. Rudolf.

Wykłady nadprogramowe (popołudniowe za specjalnem zawiadomieniem): Organizacja budowy wodociągów i kanalizacji 2 godziny Inż. S. Skrzywan. — Głębokie studnie i ich wiercenie 2 godziny Inż. M. Łempicki. — Rola ośrodków zdrowia w administracji sanitarnej 2 godziny Dr. St. Tubiasz. — Gazownictwo 3 godziny Dr. Inż. Szulce i Inż. J. Konopka. — Walka z gazami 2 godziny Mjr. B. Sypniewski.

Wycieczki: 1. Biuro regulacji miasta Warszawy. — 2. Ośrodek Zdrowia w Mokotowie. — 3. Stacja przepompowywania ścieków. 4. Stacja pomp rzecznych, ujęcie wody z Wisły i nowe osadniki. — 5. Filtry miejskie (oraz laboratorjum). — 6. Zakład spalania śmieci i zakład dezynfekcyjny. — 7. Zakład oczyszczania ścieków przy szkole powszechnej — 8. Rzeźnia miejska na Pradze (stary i nowy budynek). — 9. Zakład utylizacyjny. — 10. Stacja doświadczalna do badania ścieków na Kaskadzie. — 11. Szpitale: Karola i Marji, Dzieciątka Jezus, Przemienienia Pańskiego i św. Ducha. 12. Większe urządzenia ogrzewniczo-wentylacyjne.

Wykłady odbywać się będą w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny — ul. Chocimska 24, II piętro.

Wyciecki odbywać się będą co drugi dzień, każdorazowo za specjalnem zawiadomieniem Sekretarjatu Szkoły.

Odpowiedzialność sądowa techników dentystycznych. Warszawskie pisma codzienne komunikują, iż Komisarz Rządu st. m. Warszawy zwrócił się do starostów grodzkich o pociągnięcie w drodze administracyjnej do odpowiedzialności 12 techników dentystycznych, którzy pomimo tego, iż Ustawa o wykonywaniu praktyki dentystycznej tego zabrania, wywieszali przed domami szyldy. Jak słyszeliśmy, kierując się pewnem obowiązującem dotychczas ustawodawstwem, dotyczącem bynajmniej nie wykonywania praktyki dentystycznej, technicy mają sprawę tę skierować w drodze właściwej do Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Kraków.

O twórczy czyn. Królewski Kraków składa w tym roku hołd pamięci pierwszego autonomicznego prezydenta, twórcy na szeroką skalę zakrojonych planów rozwoju i urządzenia miasta, nigdy niezapomnianego Józefa Dietla, profesora i rektora Jagiellońskiego Uniwersytetu, rozgłośnej sławy lekarza i wiernego syna polskiej ziemi, „Ojca polskiej balneologii". W uroczystym obchodzie nie zabraknie napewne przedstawicielstwa polskiego zdrojownictwa. Ale fizyczne uczestnictwo, złączone nawet z najgłębszem odczuciem wielkiej duszy, wielkiego serca i wielkiej mocy czynu Dietla, to stanowczo zamało dla prawdziwego uczczenia pamięci tego niepośredniej miary człowieka i dla stwierdzenia niewygasłej wdzięczności za to wszystko, co zdziałał dla polskiego zdrojownictwa i dla polskich uzdrowisk i co przygotował dla ich dalszego rozwoju. Na to trzeba czynu! I tylko czynem mogą zdrojownictwo i uzdrowiska zadokumentować że Dietla rozumieją, znają jego balneologiczny testament, że chcą i potrafią go wykonać.

Fundamentem, na którym Dietl oparł twórczą robotę na polu polskiej balneologji i swoją własną i swoich współpracowników, była, stworzona przez niego w łonie b. Krakowskiego Towarzystwa Naukowego, Komisja Balneologiczna, instytucja o charakterze wybitnie naukowym, dostosowana przytem do realnych wymogów praktycznego życia. Wiedział Dietl aż nadto dobrze, że bez naukowej organizacji ani balneologia nasza, jako ważna gałęź wiedzy lekarskiej, ani uzdrowiska, jako ważna gałąź gospodarstwa narodowego, nie staną na wysokim poziomie, nie zrównają się z tem, czem tak bardzo słusznie szczyci się cały Zachód europejski. Zaczątkiem jej dla Polski miała być Komisja Balneologiczna — skończoną formą Akademicka Szkoła Balneologji.

Idea Dietla przyświecała i przyświeca w dalszym ciągu wszystkim kolejnym spadkobiercom jego balnelogicznej roboty. O urzeczywistnienie jej stara się, ze wszystkich swoich sił, od szeregu lat Polskie Towarzystwo Balneologiczne. I urzeczywistnienie przestało być mrzonką z tą chwilą, kiedy starania przyjęły realną formę gromadzenia składek na budowę i na urządzenie Instytutu Balneologicznego w Krakowie, a w akcji gromadzenia wzięło udział wielkie grono lekarzy, wcale liczne uzdrowiska, a nawet osobistości, stojące poza zdrojownictwem. Polskie Towarzystwo Balneologiczne posiada w tej chwili dość już znaczny kapitał, jako Fundusz Budowy Instytutu Balneologicznego, oraz zapewnienie darowizny gruntu od Prezydjum miasta Krakowa, o ile do budowy będzie mogło przystąpić.

Czyn, jako wyraz hołdu, złożonego pamięci Dietla, a równocześnie jako spełnienie podstawowej części Jego balneologicznego testamentu, to przynajmniej założenie węgielnego kamienia pod gmach naukowego ogniska polskiej balneologji. Z apelem o ten czyn zwraca się Polskie Towarzystwo, w pierwszym rzędzie do wszystkich lekarzy, pracujących zawodowo po krajowych uzdrowiskach, do Komisyj Uzdrowiskowych, do właścicieli uzdrowisk i wszelkiego rodzaju przedsiębiorstw zarobkowych, działających na terenie uzdrowisk. Wszystkich prosi Towarzystwo bardzo gorąco i bardzo usilnie o pomnożenie funduszu budowy Instytutu. Prosi i o więcej jeszcze, o zjednanie dla tej samej myśli ogromnego zastępu osób, którym uzdrowiska dają zdrowie i siły, a chociażby tylko sposobność do wytchnienia i do wielorakiej rozrywki. Wszak i od nich należy się wdzięczność „Ojcu polskiej balneologji".

Ale nie wolno nam kończyć na tem tylko. Apel Towarzystwa zwrócić się musi w inną jeszcze stronę, w stronę najwyższych Władz państwowych, wykonawczych i ustawodawczych, musi powiedzieć i podkreślić, że w 50 lat po zgonie Odnowiciela polskiego zdrojownictwa, Kraków, kolebka odrodzenia, arena działalności Dietla i kolejnych jego spadkobierców w pracy balneologicznej, czeka w wolnej, odrodzonej Polsce już całe dziesięciolecie na spełnienie naukowych, dla całego zdrojownictwa niezmiernie ważnych postulatów rodzimej balneologji. Za Polskie Towarzystwo Balneologiczne: Prezes: *Prof. Dr. L. Korczyński.* Sekretarz: *Dr. Tadeusz Heller.*

Lwów.

Prymarjuszem Oddziału urologicznego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie zamianowany został Dr. Stanisław Laskownicki, dotychczasowy starszy asystent Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Wilno.

W celu uczczenia rzadkiej uroczystości, a mianowicie 50-cia lecia pracy zawodowej powszechnie znanego i szanowanego Dra Stanisława Peszyńskiego, który w tym czasie to jest 30 maja r. b. obchodził także złote gody małżeńskie, Wileńskie Towarzystwo Lekarskie mianowało Go swym członkiem honorowym, a wydział lekarski U. S. B. na uroczystym akcie promocyjnym dnia 13-go czerwca wręczył mu dyplom doktora wszechnauk lekarskich.

Z kraju.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 7 czerwca 1927 r. o prawie przemysłowem („Dziennik Ustaw Rzp. Polskiej" nr. 53 z 15 czerwca 1927 r., poz. 468). W myśl art. 2 dział I, p. 13 nie są przemysłem w rozumieniu Rozporządzenia i przepisom jego nie podlegają: „praca zawodowa lekarzy, lekarzy weterynaryjnych, farmaceutów, felczerów, dentystów, techników dentystycznych, położnych, pielęgniarzy, sanitarjuszów, masażystów". Rozporządzenie zgodnie z art. 198 wchodzi w życie w sześć miesięcy po dniu jego ogłoszenia (a więc z dniem 15 grudnia 1927 r.

Specyfiki farmaceutyczne mogą być sprzedawane wyłącznie w aptekach. Przypominamy, że z dniem 1 lipca r. b. wszedł w życie odroczony punkt 10 rozporządzenia Min. Spraw Wewn. z dnia 30 czerwca 1926 roku o wyrobie i obrocie specyfików. Od tej chwili, zgodnie z brzmieniem wymienionego punktu specyfiki farmaceutyczne (wykaz specyfików zarejestrowanych znajduje się w Kalendarzu Farmaceutycznym na rok 1928 oraz w Nr. 6 i 28 „Wiad. Farm." z r. b.), mogą być wydawane bezpośrednio spożywcom wyłącznie z aptek. Wykaz specyfików dozwolonych do sprzedaży w drogerjach znajduje się w Nr. 29 „Wiad. Farm." z 1927 roku. W wykazie tym pominięto omyłkowo Calcitrin (obecnie Calsilal) Spiessa.

Wydawnictwo „Wynalazki i Odkrycia" wydało zeszyt lipcowy w fantastycznej szacie zewnętrznej, z bogatą treścią naukową i informacyjną obejmującą około 26 artykułów i około sto ilustracyj. Zwraca uwagę nowo wprowadzony dział zadań wynalazczych dla młodzieńczych konstruktorów i pierwszy konkurs na polskie wynalazki w trzech grupach.